

様式第3号の2(第6条関係)

医 療 受 給 資 格 喪 失 届	
年 月 日	
豊 明 市 長 殿	
申請者 住 所	
氏 名	
電 話	
次のとおり受給資格を喪失しましたので届け出ます。	
医 療 区 分	
受 給 者	個 人 番 号
	氏 名
	生 年 月 日
	住 所
受 給 者 番 号	
喪失事由	1 死 亡
	2 転 出
	転出先
	3 障害度の変更
	4 その他 ()