

### 子ども医療費受給資格喪失届

福井市長 あて

令和 年 月 日

受給者 住 所 \_\_\_\_\_  
(保護者)

ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり、子ども医療費助成を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。

| 子<br>ど<br>も | ふりがな<br>氏 名 | 生年月日 | 対象者番号 |   |  |  | 喪失年月日 |
|-------------|-------------|------|-------|---|--|--|-------|
|             |             |      | 年 月 日 | 3 |  |  |       |

| 喪失理由 (あてはまるものを○で囲んでください)   |   |
|--|---|
| 受給者関係  | 子ども関係   |
| (1) 子どもを監護又はその生計の維持をしなくなった。<br>(2) 医療保険資格・被保険者等資格の喪失<br>(3) その他(具体的理由) | (1) 15歳に達した日の属する年度が終了した。<br>(2) 市外に転出<br>(3) 対象者死亡<br>(4) 生活保護開始<br>(5) 医療保険資格喪失<br>(6) 児童福祉施設等入所(入所先)<br>(7) 母子家庭等医療費等助成対象者になった。<br>(8) 重度障害者(児)医療費等助成対象者になった。<br>(9) その他(具体的理由) |

備考 (転出先等) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

|          |                         |   |    |          |  |
|----------|-------------------------|---|----|----------|--|
| 本人<br>確認 | 運転免許証・保険証・在留カード・<br>( ) | <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破棄依頼 | 受付 | 最終<br>確認 |  |
|          |                         | <input type="checkbox"/> 有効期限押印<br><input type="checkbox"/> その他( )                    |    |          |  |