

後期高齢者福祉医療費受給資格喪失届



年 月 日

(宛先) 西尾市長

届出者 住所

氏名

電話番号 ( ) -

次のとおり受給資格を喪失しました。

受給者	受給者番号		個人番号	
	氏名			
	生年月日	年	月	日
喪失理由	1 死亡 ( 年 月 日 ) 2 転出 ( 転出先 ) ( 年 月 日 ) 3 その他 [ ]			
※資格喪失年月日 (福祉給付システムに 入力する日付)	年 月 日			

届出者確認：受給者本人・同居親族・その他 受給者との関係 ( )

- (注) 1 受給者証を添えてください。  
 2 ※印の欄は、記入しないでください。

受付	入力