

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