

後期高齢者福祉医療費受給資格喪失届

年 月 日

(あて先)愛西市長

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電 話 () -

下記のとおり後期高齢者福祉医療費の受給資格を喪失しました。

受給者番号		
受給者	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
喪失理由	1 転出 () 2 死亡 3 その他 ()	
※資格喪失年月日	年 月 日	

(注) 1 受給者証を添えてください。
2 ※の欄は記入しないでください。