

様式第7号(第13条関係)

<p>後期高齢者福祉医療費受給資格喪失届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先)愛西市長</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 氏名 電話 () —</p> <p>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。</p>		
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	<p>1 転出</p> <p style="text-align: center;">()</p> <p>2 死亡</p> <p>3 その他</p> <p style="text-align: center;">()</p>	
※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。