

様式第9号(第7条関係)

資 格 喪 失 届

年 月 日

河合町長 殿

届出者 住所 _____

氏名 _____

下記のとおり、 医療費を受ける資格がなくなりましたので、河合町
医療費助成条例施行規則第7条の規定により届けます。

記

受給資格証 受給者番号			
受給者	氏名	住所	
資格喪失理由			
資格喪失理由発生年月日			

(注) この届出の際に、受給資格証を返還してください。