

# 【記入例】

様式第9号(第7条関係)

資 格 喪 失 届

記入日、届出者住所・氏名を  
ご記入ください。

年 月 日

河合町長 殿

届出者 住所 河合町池部1丁目1番1号

氏名 河合 太郎

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

受給者番号、受給者氏名・住所を  
ご記入ください。

|             |    |               |    |              |  |
|-------------|----|---------------|----|--------------|--|
| 受給資格証       |    | 受給者番号         |    |              |  |
| 受給者         | 氏名 | 河合 花子         | 住所 | 河合町池部1丁目1番1号 |  |
| 資格喪失理由      |    | 「転出」とご記入ください。 |    |              |  |
| 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。