

佐久市福祉医療費給付金受給資格喪失届出書

令和 年 月 日

(届出先) 佐久市長

(届出者) 住 所 佐久市

氏 名

受給者との続柄  
( )

電話番号

下記のとおり、受給資格者に該当しなくなったため届出します。

受給者	記号(該当区分に○)	受給者番号	受給者氏名(複数記入可)
	妊・児・障・母・父		
事由発生年月日		令和 年 月 日	
喪失理由		1 婚姻      2 生活保護      3 流産・死産 4 その他( )	

(注) 喪失理由が「3 流産・死産」の場合は、医療機関等の証明が必要です。

医療機関等証明欄			
流産・死産等 年月日	令和 年 月 日	区分	流産・死産
上記のとおり死産又は流産したことを証明します。			
令和 年 月 日		所在地	
医療機関等		名称	
		氏名	㊟

※市処理欄					
喪失年月日		令和 年 月 日			
住基確認	電算登録	証回収	処理日		
			令和 年 月 日		
起案	令和 年 月 日			決裁	令和 年 月 日
課長等	係長	係	上記のとおり喪失してよいでしょうか		