

こども医療費助成 受給資格喪失届

(宛先) 新潟市長

届出日 令和 年 月 日

以下のとおり、受給資格を喪失したので届けます。

受給者番号		
受給者	生年月日	昭和 年 月 日 平成
	フリガナ 氏名	-----
	電話番号	
	住所	
こども	生年月日	平成 年 月 日 令和
	フリガナ 氏名	-----
	住所	
喪失年月日	平成 年 月 日 令和	
喪失理由		
備考		

注 受給者変更の場合は、この届出のほかに
新受給者の受給資格認定申請書も必要です。

受付日 令和 年 月 日