

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