第6号様式(第13条関係)

後期高齢者福祉医療費受給資格喪失届

年　　月　　日

日進市長　　宛て

申請者
住　所

氏　名

電　話（　　）　　－

次のとおり受給資格の喪失を届出します。

受給者番号			
受　給　者 氏　　名		生年 月日	年　　月　　日
喪失理由	1　死亡(　　年　　月　　日) 2　転出(転出先　　) (　　年　　月　　日) 3　その他( )		
※資格喪失 年月日	年　　月　　日		

(注)　1　受給者証を添えてください。
　　2　※印の欄は、記入しないでください。