

様式第9号（第7条関係）

## 子ども医療費受給資格喪失届

年 月 日

岡山市長 様

届出人 住 所  
(保護者等) 氏 名  
電 話 ( ) ー

| 受給者番号 | (フリガナ)<br>受給資格者 氏名 | 生年月日  |
|-------|--------------------|-------|
|       |                    | 年 月 日 |
|       |                    | 年 月 日 |
|       |                    | 年 月 日 |

資格喪失の理由に○を付けて下さい。

- 1 他市町村へ転出
- 2 死亡
- 3 生活保護適用
- 4 被保険者等資格の喪失
- 5 その他  
〔 〕

|       |       |
|-------|-------|
| 喪失年月日 | 年 月 日 |
|-------|-------|

※子ども医療費受給資格証を添えて提出してください。

|      |             |                                  |
|------|-------------|----------------------------------|
| 市記入欄 | 来庁者<br>確認書類 | 申請者・申請者以外 ( )<br>免許証・保険証・その他 ( ) |
|      | (代理権)       | 委任状・資格証・その他 ( )                  |