

様式第7号(第10条関係)

重度障害者医療費受給資格喪失届

令和 年 月 日

(宛先) 高槻市長

届出者 住 所
氏 名
受給者との続柄 ()
電 話

次のとおり受給資格を喪失したので届け出ます。

フリガナ 受給者氏名		生年月日	年 月 日
受給者番号		受給者住所	
資格喪失 事 由	1 死亡	ここに医療証を貼ってください。	
	2 転出 (転出先住所)		
	3 生活保護開始		
	4 障害非該当		
	5 他の医療費公費負担制 度へ移行 ()		
	6 所得制限該当		
	7 その他		
資格喪失事由該当年月日	令和	年	月 日