

心身障害者医療費受給資格喪失届					
受給者	受給者証 記号番号				
	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所				
	障害の状況				
保護者	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所		受給者との続柄		
加入医療保険	世帯主・被 険者・組 員・加入者	氏名	(受給者との続柄)		
		住所			
	記号番号				
	名称				
	保険者番号				
	所在地				
	付加給付	有・無	支給基準		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <p>年 月 日に</p> <p>により心身障害者医療費の受給資格が喪失しましたので、受給者証を添えてお届けします。</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先) 狭山市長</p> </div> <div style="width: 60%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>死亡 転出 障害の程度の変更 後期高齢者医療広域連合による障害の認定を受け なくなったこと その他( )</p> <p>住所 氏名 電話番号 (受給者との続柄 )</p> </div> </div>				
<p>上記の受給者に係る心身障害者医療費の未払金を次の預金口座へ振り込むよう依頼します。                  なお、振込みに関しては、署名相続人が一切の責任を持って、狭山市には迷惑をかけないことを承諾します。                  (死亡による資格喪失の場合のみ記入)</p>					
金融機関名		本・支店名			
口座番号		口座名義 フリガナで記入			

(注) 資格喪失事由を で囲んでください。

印 欄	受 付	年 月 日
	台 帳 記 載	年 月 日