

様式第3号(第9条関係)

重障老人健康管理費資格喪失届書

対象者	(ふりがな) 氏名		後期高齢者医療 被保険者番号
	生年月日	大・昭 年 月 日生	
	住所		
喪失事由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他の市(区)町村への転出 転出先住所: <input type="checkbox"/> その他:		
	上記事由発生年月日(令和 年 月 日)		
備考	対象者証回収状況 済(令和 年 月 日) 未(理由:)		
上記のとおり関係書類を添えて届出します。			
令和 年 月 日			
京都府長岡京市長様			
届出者住所 _____			
氏名 _____ (対象者との続柄)			
電話番号 _____			