

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										