

重障老人健康管理費資格喪失届書【記入例】

対象者	(ふりがな) 氏 名	長岡 太郎		後 期 高 齢 者 医 療 被 保 険 者 番 号								
	生年月日	大 昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日生		1	2	3	4	5	6	7	8	
	住 所	長岡京市開田1-1-1										
喪失事由	<div>該当するものに✓を してください。</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 死 亡</div> <div><input type="checkbox"/> 他の市(区)町村への転出 転出先住所： 〇〇県〇〇市△△■-■ (転出の場合)</div> <div><input type="checkbox"/> その他：</div>											
	上記事由発生年月日（ 令和 〇年 〇〇月 〇〇日 ）											
備考	対象者証回収状況											
	済 （ 令和 年 月 日 ）											
	未 （ 理 由： ）											
<p>上記のとおり関係書類を添えて届出します。</p> <p>令和 〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p>京都府長岡京市長 様</p> <p>届出者 住 所 長岡京市△△●-●-●</p> <p>氏 名 長岡 花子 (対象者との続柄 長女)</p> <p>電話番号 951-〇〇〇〇</p>												