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		後期高齢者医療保険証 被保険者番号
	生年月日	大・昭 年　　月　　日生	
	住　　所		
喪失事由	□　死　　亡 □　他の市(区)町村への転出 転出先住所： □　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 .....