

様式第7号（第10条関係）

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

年 月 日

三島市長 あて

住 所
受給者 氏 名
電話番号

次のとおり、ひとり親家庭等医療費受給資格を喪失したので、届けます。

受給者氏名	
受給者番号	
資格喪失 の理由	
資格喪失年月日	年 月 日

(注) 受給者証を添付すること。