

様式第9号(第8条関係)

妊産婦医療費受給資格喪失届

受給者番号	
受給者氏名	
生年月日	年 月 日
住 所	村上市
1 資格喪失事由(注) 1	
(1) 他の市町村に転出したため(転出先 )	
(2) 村上市重度心身障害者医療費助成を受けることができるようになったため	
(3) 村上市ひとり親家庭等の医療費助成を受けることができるようになったため	
(4) その他 (具体的理由)	
2 資格喪失事由発生日	
年 月 日	

上記のとおり受給資格を喪失したので受給者証を添えて届け出ます。

年 月 日

住 所  
届出者  
氏 名  
(受給者との続柄 )

(宛先)村上市長

(注) 1 資格喪失事由の該当する番号を○で囲んでください。