

医療費受給者喪失届

年 月 日

(宛先) 美唄市長

住所

届出人 氏名

受給者との続柄

下記のとおり届出します。

電話番号

記

[illegible]

※資格喪失以降に受給者証を使用した場合、市が助成した分の医療費を返還していただきます。

(注) ※欄は記入しないでください。

※審査処理	受給者証 年 月 日 証回収・紛失・その他 ()						処理 年 月 日	
※決 裁								