様式第10号（第11条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年　　　月　　　日 　大槌町長　　様届 出 人　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　（受給者等）　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　医療費受給資格喪失届　事由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　異動年月日：

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　　　　号 |

 |
| 　 | 受給者 | 氏名 |  | 　 |
| 住所 |  |
| 生年月日 |  |
| 配偶者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 保護者 | 氏名 |  | 続柄 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 出産日 |  |
| 資格停止 |  |
| 有効認定・年月 |  |
| その他 |  |
|  |