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 | |  | | |
|  | | | | | | |