

様式第15号(第9条関係)

福祉医療に関する資格喪失届				
助成対象者	氏名	出雲 太郎	生年月日	△△年×月○日生
	居住地	出雲市 ○○ 町 ○○ 番地		
	医療証(資格証)受給者番号	○○○○○○○○ (7桁)		
資格喪失事由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・死亡</li> <li>・転出</li> </ul>			
資格喪失事由 発生年月日	△△年 ×月 ○日		<ul style="list-style-type: none"> <li>・お亡くなりになった日</li> <li>・転出する日</li> </ul>	
<p>上記のとおり資格を失いましたので届け出ます。 このことにより医療証(資格証)は、返還します。</p> <p style="text-align: center;">△△年 ×月 ○日</p> <p style="text-align: right;">住所 出雲市 ○○ 町○○番地 届出人 氏名 出雲 花子 (助成対象者との続柄 子 )</p> <p>出雲市長 様</p>				