

ひとり親家庭医療費受給資格者証返還届

受給資格者証番号	
受給者氏名	(昭和・平成 年 月 日)
受給資格が喪失した理由	<input type="checkbox"/> 婚姻（事実婚を含む。）のため <input type="checkbox"/> 転出のため <input type="checkbox"/> 生活保護開始のため <input type="checkbox"/> その他（ ）
喪失年月日	平成 年 月 日 令和

ひとり親家庭医療費の受給資格を喪失したので、受給資格者証を添えて届け出ます。

令和 年 月 日

郡山市長

氏名