小児慢性特定疾病医療受給者証資格喪失届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　岡山県知事　　殿

（届出者）

住　所

氏　名

受診者との続柄

電　話 （　　　　） －

資格喪失を次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者  番　号 | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| 受  診  者 | ふ　り　が　な  氏　　名 | | |  | | | |  | | 生年  月日 | 平成令和 | 年　 月　 日 |
|  | | | |  | |
| 住　　所 | | | 〒   * 届出者に同じ | | | | | | | | |
| 喪  失  内  容 | 事　　由 | | | １　治　ゆ  ２ 転　出（　　　　　都・道・府・県　　　　　市に転出）  ３　死　亡  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 喪失年月日 | | | 令和　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 備考欄 | | | | | | | | | | | | |

（注意事項）

　この届は、保護者（受診者が成年患者の場合は受診者）の住所地を所轄する保健所・支所に提出してください。