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。