

小児慢性特定疾病医療費 資格喪失届

年 月 日

岡 山 市 長 様

届出者
住 所

氏 名

続 柄
電話番号 () -

次のとおり小児慢性特定疾病医療費の受給資格喪失を届け出ます。

受給者番号								
ふりがな							生年月日	年 月 日
受診者氏名								
住 所	〒							・届出者に同じ
								TEL () -
喪失理由	1 治ゆ 2 死亡 3 中止 4 転出 5 その他							
喪失日	年 月 日							

注:届出を行うときは、必ず受給者証を添付して下さい。

受付担当者記入欄	郵送	追加済	入力済
----------	----	-----	-----