

医療受給者資格喪失届

年 月 日

岡山県知事

殿

〒 ー
(届出者) 住 所

氏 名

続 柄

電話番号 () ー

岡山県特定疾患治療研究事業実施要綱第21条の規定により、次のとおり資格の喪失を届け出ます。

| | | | | | | | | |
|-----------------|--|------------|--|--|--|--|--|--|
| ふりがな氏名 受給者氏名 | | 受給者 番 号 | | | | | | |
| 受給資格 喪失年月日 | 年 月 日 | | | | | | | |
| 事 由 | 1 県外転出 2 死 亡 3 認定基準に非該当 4 その他 () | | | | | | | |
| 備 考 欄 | | | | | | | | |

(注意事項)

- 1 医療受給者証を添付してください。