

(様式第9号)

受給資格喪失届

年 月 日

岡山県知事 殿

〒

(届出者) 住所

氏名

受給者との続柄

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証を添付して、下記のとおり届け出ます。

記

受給者氏名		受給者番号	
住 所	〒		
喪失年月日	年 月 日		
事 由	1 県外転出 2 死 亡 3 その他 ()		