

(様式第7号)

医療受給者資格喪失届

岡山県知事 殿

年 月 日

(届出者)

〒 ー

住所

氏名

(続柄)

電話番号 () ー

次のとおり資格の喪失を届け出ます。

1 患者

| | | | | | | | |
|-------------|----------------|--|--|------|------------|--|-------|
| 受給者番号 | | | | | | | |
| フリガナ 氏 名 | | | | 生年月日 | 大・昭 平・令 | | 年 月 日 |
| 住 所 | 〒 ー ・申請者に同じ | | | | | | |

2 資格喪失となる事由

死 亡

住所地を (都・道・府・県 市に転出)

その他 ()

3 資格喪失年月日

年 月 日

保健所受付印欄

| |
|---------|
| 保健所受付印欄 |
|---------|