

| 小児慢性特定疾病医療費医療受給者証資格喪失届 | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受 診 者 | フリガナ 氏 名 | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | | | | | | | | | |
| | 受給者番号 | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | (〒 -) (電話) | | | | | | | | | | | |
| 資格喪失の事由 | 転出・治癒・治療研究事業の中止・死亡・その他 | | | | | | | | | | | |
| 資格喪失の年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| <p>上記について資格の喪失を届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>氏 名</p> <p>鳥取市長 様</p> | | | | | | | | | | | | |

注) 小児慢性特定疾病医療費医療受給者証を添付してください。