

青森県知事 殿

住 所

届出者

氏 名

受給者との続柄

電話番号

資 格 喪 失 届 出 書

下記のとおり、特定疾患医療受給者資格を喪失したので届出します。

記

| | |
|--|---|
| 受給者氏名 | |
| 受給者番号 | |
| 資格喪失の理由 ※該当する内容 の番号を○で 囲んでくださ い。 | <p>1. 治 癒</p> <p>2. 死 亡</p> <p>3. 県外転出</p> <p>4. 生活保護法の適用を受けた (生活保護法の適用を受ける前に交付されていた医療保険証が 「国民健康保険」と「後期高齢者」以外の場合は、資格喪失届出 書を提出する必要はありません。)</p> <p>5. そ の 他 ()</p> |
| 資格喪失年月日 | 年 月 日 |

- 1) この届出書を提出する時は、必ず特定疾患医療受給者証を添付してください。
- 2) 「4」の理由で提出する場合は、上記1)の書類と「保護開始決定通知書」のコピーを添付してください。