

受給資格喪失届

年 月 日

岡山県知事 殿

(届出者) 住 所
 氏 名 印
 続 柄
 電話番号 () -

次のとおり、肝炎治療特別促進事業に係る資格の喪失を届け出ます。

ふりがな 受給者氏名		性別	
住 所			
受給者番号			
受給資格喪失 年月日	年 月 日		
事 由	1 県外転出 (転出先都道府県名： 転出予定月日：) 2 死 亡 3 認定基準に非該当 4 その他 ()		
備考欄			

(注意事項)

- 1 治療受給者証を添付してください。
- 2 県外へ転出の場合は、治療受給者証の写しを受給者へ渡してください。
- 3 なお、郵送で提出される場合で受付の連絡が必要な場合は、下記のいずれかの連絡手段にチェックをして下さい。
 - 上記記載の電話番号への電話による連絡
 - 上記記載の住所への文書による連絡