

特定医療費（指定難病）受給者証資格喪失届

次のとおり、特定医療費（指定難病）受給者証の資格喪失について、添付書類を添えて届け出ます。

受診者名 _____

受給者番号 _____

疾患名 _____

1 返還理由（該当するものに○を付けてください。）

I 治癒

II 県外転出

(転出先)

III 死亡

IV その他（具体的に記入）

(_____)

2 資格喪失日

_____年 _____月 _____日（転出日・死亡日等）

3 添付書類（必要書類）

I 特定医療費（指定難病）受給者証

II 住民票の写し

III 死亡診断書の写し

IV その他（具体的に記入）

(_____)

V 添付書類なし（理由を記入）

(_____)

年 _____月 _____日

住 所

届出者 氏 名

(続柄 _____)

連絡先

山 梨 県 知 事 殿