

特定医療費（指定難病）受給者資格喪失届

年 月 日

総合事務所長
鳥取市保健所長 様

届出者：
氏 名
患者との続柄

難病の患者に対する医療等に関する法第7条第4項の規定により認定された特定医療費（指定難病）受給資格について、次のとおり資格の喪失を届け出ます。

1. 受給者に関する情報

氏 <small>フリガナ</small> 名	
生 年 月 日	明 大 昭 平 令 年 月 日
受 給 者 番 号	

2. 資格喪失に係る事柄

資格喪失の事由 (該当する事由に○)	県外転出 ・ 治癒 ・ 死亡 ・ その他
資格喪失年月日 (資格喪失事由発生日)	年 月 日

注) 1. 特定医療費（指定難病）受給者証の原本を添付してください。

2. 県外転出の場合は転出先で新規申請をされる際に必要となる場合がありますので、喪失届提出前に、現在お持ちの受給者証の写しを保管しておいてください。