

千葉県先天性血液凝固因子障害等受給者消滅届

保健所受付年月日

千葉県知事

様

年 月 日

届出者 住 所
氏 名
患者との続柄
電話番号

印

下記事由により、千葉県先天性血液凝固因子障害等受給者証の効力が消滅したので、お届けします。

記

受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受給者氏名	
-------	--

消滅年月日	元号	年	月	日
消滅事由	※ 該当する番号に○を付してください。			
	1	千葉県に住所がなくなった。		
	2	先天性血液凝固因子障害等の患者でなくなった。		
	3	死亡した。		
	4	生活保護(医療扶助)の適用を受けた。		
5	その他	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"> 内容 </div>		

注意事項 1. 届出者本人の署名がある場合は、押印を省略できます。