別紙様式第5号　　令和6年4月1日改正様式

千葉県特定医療費(指定難病)受給者証消滅届

千葉県知事　様

令和　　年　　月　　日

届出者	カナ		受給者との続柄	
	氏名			
	住所	〒	電話番号	

下記事由により、特定医療費(指定難病)受給者証の効力が消失したので、お届けします。

記

受給者番号										

受給者氏名	□届出者と同じ(☑の場合記入不要)

消滅年月日	令和　　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　指定難病の患者でなくなった(治癒した)。 3　死亡した。 4　その他 (内 容　　)

注意事項　・受給者番号は、受給者証に記載されている受給者番号を記入してください。
・千葉県に住所がなくなった方で、転出先の自治体でも指定難病医療費助成の支給認定申請を行う場合、千葉県で使用していた受給者証の写し等の提出が必要になる場合があります。