

千葉県先天性血液凝固因子障害等受給権消滅届

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

保健所受付年月日

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