

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

平成 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、特定医療費(指定難病)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	平成									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 指定難病の患者でなくなった(治癒した)。</p> <p>3 死亡した。</p> <p>4 その他</p> <p>(内容)</p>																				

- 注意事項
1. 受給者番号は、受給者証に記入されている受給者番号を記入してください。
 2. 届出者本人の署名がある場合は、押印を省略できます。