

受 給 権 消 滅 届									
受 診 者 (患 者)	ふりがな							年 月 日生	
	氏 名								
	受給者番号								消 滅 年 月 日
									年 月 日
〈消滅事由〉 1. 千葉県外、千葉市内、船橋市内又は柏市内に転居した。 2. 治ゆした。 3. 死亡した。 4. その他（理由 _____） 上記の理由により千葉県小児慢性特定疾病医療費の受給権が消滅しましたのでお届けします。 _____ 年 月 日 千葉県知事 _____ 様 届 出 者 _____ 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____									

記入方法

- 1) 受 給 者 番 号 …… 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。
- 2) 消 滅 年 月 日 欄 …… 消滅の事実が発生した年月日を記入してください。
- 3) 消 滅 事 由 欄 …… 該当する番号に○をしてください。