

第10号様式（第13関係）

平成 年 月 日

青森県知事 殿

住所
届出者 氏名 印
(認・押はたす)
受給者との続柄

肝炎治療受給資格喪失届

下記のとおり、肝炎治療受給資格を喪失したので届け出ます。

記

受給者番号	
受給者氏名	
資格喪失の理由 (右欄の該当するものを ○で囲んでください。)	治癒 死亡 県外転出 その他 ()
資格喪失の年月日	平成 年 月 日