第４号様式（第１２関係）

　　　　 　　年 　　月 　　日

　　 殿

|  |  |
| --- | --- |
| 届出者　 | 住　　所氏　　名 　　　 　受給者との続柄電話番号 |

資格喪失届出書

　下記のとおり、特定疾患医療受給者資格を喪失したので届出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
| 資格喪失の理由※該当する内容の番号を○で囲んでください。 |  １．治 癒 ２．死　　亡 ３．県外転出 ４．生活保護法の適用を受けた（生活保護法の適用を受ける前に交付されていた医療保険証が「国民健康保険」と「後期高齢者」以外の場合は、資格喪失届出書を提出する必要はありません。） ５．そ の 他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 資格喪失年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |

１）この届出書を提出する時は、必ず特定疾患医療受給者証を添付してください。

２）「４」の理由で提出する場合は、上記１）の書類と「保護開始決定通知書」のコピーを添付してください。