

小児慢性特定疾病医療費医療受給者証資格喪失届		
受 診 者	フリガナ 氏 名	
	生年月日	平成 年 月 日 (歳)
	受給者番号
	住 所	(〒 -) (電話)
資格喪失の事由	県外転出・治癒・治療研究事業の中止・死亡・その他	
資格喪失の年月日	平成 年 月 日	
<p>上記について資格の喪失を届け出ます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>氏 名 印</p> <p>鳥取県 事務所長 様</p>		

※ 氏名を自署する場合には、押印を省略することができます。
 注) 小児慢性特定疾病医療費医療受給者証を添付してください。