

年 月 日

岩手県知事 様

届出者 住 所

氏 名

印

受給者との間柄

自立支援医療費受給者資格喪失届

自立支援医療費受給者受給資格を次により喪失したので、届け出ます。

自立支援医療 受給者番号		受給者 氏 名
理 由	死 亡	年 月 日
	県 外 転 出	(転出日) 年 月 日  (転出後の住所)
	そ の 他	年 月 日 (理由)

※ 自立支援医療受給者証及び自己負担上限額管理票を添付すること