

様式第1号

捨印

岩手県知事 様

青枠のなかをご記入ください。

届出者 住所 久慈市●●●●

氏 名 岩手 花子

受給者との間柄 長女

●年 ●月 ●日

印

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	岩手 太郎
理 由	死 亡	年 月 日	理由のいずれかに○をつけてください。 日付や転出の場合は 転出後の住所についてもご記入ください。
	県 外 転 出	(転出日) 年 月 日	
	そ の 他	(理由) 年 月 日	

※ 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