

令和 ○年 ○月 ○日

岩手県知事 様

届出者 住 所 久慈市川崎町○-○

青枠のなかをご記入ください。

氏 名 岩手 花子

受給者との間柄 長女

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								
	県 外 転 出	(転出日) 年 月 日								
		(転出後の住所)								
	そ の 他	年 月 日 (理由)								

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。

※ 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