青森県知事 殿

住所 〒

特定医療受給者資格喪失届出書

下記の事由により、特定医療受給者の資格を喪失したので届出します。

記

受給者番号	
受診者(患者)氏名	
資格喪失事由	 1 青森県外に転出した。 2 指定難病患者でなくなった(治癒した)。 3 死亡した。 4 その他 [
資格喪失年月日	年 月 日

留意事項 ①特定医療受給者証を添付してください。

②資格喪失事由が「1 青森県外に転出した。」である場合は、転出先の都 道府県に特定医療費支給認定申請を行った日以降に提出してください。そ の際、届出者は受給者本人、届出者の住所は転出先の住所、資格喪失年月 日は転出先都道府県への支給認定申請日を記載してください。