

岩手県知事

様

届出者 住 所

氏 名

受給者との間柄

先天性血液凝固因子障害等医療受給資格喪失届

先天性血液凝固因子障害等医療受給資格を次により喪失したので届け出ます。

受給者番号		受給者 氏名
喪失理由	治癒・軽快	年 月 日
	死亡	年 月 日
	他法適用	年 月 日 [適用法令名]
	県外へ転出	年 月 日 [転出都道府県名]
	その他	年 月 日 [内 容]

(注) 受給者証を添付すること。

(A4)