

倉敷市小児慢性特定疾病医療受給者証資格喪失届

令和 年 月 日

倉敷市長 あて

(届出者) ※受給者証に記載されている保護者または成年患者

住 所

氏 名

受診者との続柄

電話番号 () -

受給者番号											
受診者	ふりがな						生年月日	平成	年	月	日
	氏名										
	住所	□届出者と同じ 〒									
喪失内容	事由	1 治ゆ 2 転出 3 治療の中止 4 死亡 5 その他 ()									
	喪失日	令和 年 月 日									
	備考欄										

受付印		

保健所記入欄		
<input type="checkbox"/> かるて入力	<input type="checkbox"/> 保険者通知送付	<input type="checkbox"/> 郵送