様式第１号

　　　年　　　月　　　日

　　岩手県知事 　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　受給者との間柄

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 |  |  |
| 理  由 | 死　　　　亡 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 県外転出 | （転出日）　　　　　年　　　　月　　　　日  （転出後の住所）  （電話番号） | | | | | | | | |
| その他 | 年　　　　月　　　　日  （理由） | | | | | | | | |

※　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