**受　給　資　格　喪　失　届**

　　年　　　月　　　日

大阪府知事　様　　下記のとおり届け出るとともに、特定医療費（指定難病）受給者証を返還します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | 氏　　名 |  | 受給者番号 |  |
| 届出者 | 氏　　名 |  | 受診者との続柄 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出理由 | □　転居 | □　死亡 | □　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 事実発生日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |

【受給者証の貼付欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保健センター受付印 | 保健所受付印 | 大阪府受付印 |