

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
-----------	--------	--------