

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	<input type="checkbox"/> 転居	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 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
-----------	--------	--------