小児慢性特定疾病医療費医療受給資格喪失届

年　　月　　日

高　知　市　長　　様

次の理由により，高知市小児慢性特定疾病医療事業の対象者の要件を満たさなくなりましたので届け出ます。

届出者住所又は 届出医療機関住所	
届出者氏名又は 届出医療機関名	

※　医療機関から届け出るときは，保護者にその旨をお知らせください。

受給者番号								
患者住所	高知市							
患者氏名				生年月日	年　月　日			
資格喪失の理由	1　治癒・軽快 2　死　　亡 3　他法適用（該当する制度：　　） 4　市外転出（　　都道府県 市区町村へ転出） 5　その他（　　）							
発生年月日	年　　月　　日							