

様式第6号（要綱第10関係）

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証資格そう失届

年 月 日

保健福祉事務所長
保健所長

住所
届出者
氏名 印
(受給者との続柄；)

下記のとおり先天性血液凝固因子障害等医療受給者資格そう失を届け出ます。

受給者氏名	
受給者番号	
資格そう失 年 月 日	年 月 日
資格そう失 の 事 由	(該当箇所に○を付けてください。) 死 亡 ・ 他 県 転 出 ・ 他 法 移 管 ・ そ の 他