

消 滅 届

年 月 日

茨城県 保健所長 殿

【申請者】

(〒 -)
住 所

氏 名

(受給者との続柄 :)

電 話 () -

下記の事由により医療受給者証等の効力が消滅しましたので届け出ます。

記

受 給 者 番 号		性別	男 ・ 女
氏 名		生年 月 日	年 月 日生
消 滅 事 由	1. 茨城県に住所がなくなった。 2. 肝炎患者でなくなった。(理由) 3. 死亡した。 4. 生活保護法の適用を受けた。 5. その他 ()		

注) 1 現在お持ちの治療受給者証を添付してください。