様式第８号

年　　月　　日

岩手県知事　　　　　　　　様

届出者　住　所

氏　名

受診者との続柄

特定医療費（指定難病）受給資格喪失届

下記理由により、特定医療費（指定難病）受給者の資格を喪失したので届出します。

受給者番号								受診者 氏　名	
資格喪失理由	１　県外転出 （転出先住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　） ２　病気の治ゆ ３　死亡 ４　その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）								
資格喪失年月日	年　　　月　　　日								
適用									

（Ａ４）

注１　特定医療費（指定難病）受給者証を添付してください。
　２　喪失理由が「１　県外転出」である場合は、転出先の都道府県に特定医療費（指定難病）支給認定申請を行った以降に提出してください。その際、資格喪失年月日は転出先都道府県への支給認定申請日を記載してください。