

岩手県知事

様

届出者 住 所

氏 名

受診者（要支援者）との続柄

特定医療費（指定難病）受給証等資格喪失届

下記理由により、 特定医療費（指定難病）受給証の資格
 登録者証（指定難病）の資格 を喪失したので届出します。

受給者番号		受診者 (要支援者) 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）受給者証又は登録者証を添付してください。
- 2 特定医療費（指定難病）受給者証の場合で、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。
- 3 登録者証は、他の都道府県等に転出を理由に喪失の届出を行う必要はありません。引き続きご利用ください。
- 4 「登録者証（指定難病）」、「要支援者」の定義については、次の通りです。（根拠：指定難病要支援者証明事業実施要領）
 「登録者証（指定難病）」…指定難病にかかっている事実等を証明する証書
 「要支援者」…登録者証の交付対象となった者