

小児慢性特定疾病医療受給者証消滅届									
(小児慢性特定疾病要支援者証明事業消滅届)									
受 診 者	ふりがな					年 月 日生			
	氏 名								
	受給者番号						消滅年月日	年 月 日	
(消滅事由) 1. 船橋市に住所がなくなった。 2. 治癒、軽快した。 3. 死亡した。 4. 他法令の規定により国、若しくは地方公共団体の負担による医療給付が行われることになった。 5. その他 (理由) 上記理由により、船橋市小児慢性特定疾病受給者証の資格を消滅しましたので届け出ます。 また小児慢性特定疾病要支援者証明事業に登録している場合は、受給者証の資格消滅にあわせ、登録の消滅を届け出ます。 年 月 日 船 橋 市 長 あて 申 請 者 住 所 氏 名 電話番号									

記入方法

受給者番号 . . . 受給者証に記入されている受給者番号を記入してください。

消滅事由 . . . 該当する番号に○をしてください。