

千葉県肝炎治療受給者証消滅届			
受給者	氏名	男・女	明・大 昭・平・令 年 月 日生
	受給者番号	消滅事由	消滅年月日
			年号 年 月 日
<p>(消滅事由)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 千葉県に住所がなくなった。</li> <li>2. 死亡した。</li> <li>3. 生活保護の適用を受けた。</li> <li>4. 他法令の規定により国も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となった。</li> <li>5. その他（理由 _____）</li> </ol> <p style="text-align: center;">上記の理由により受給者証の効力が消滅しましたのでお届けします。</p> <p style="text-align: right;">令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>千葉県知事 _____ 様</p> <p style="text-align: center;">患者又は代理人の 住所 氏名</p>			

- 注意事項
- 1) 受給者番号は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。
  - 2) 消滅事由欄は（消滅事由）の番号を記入してください。