

(様式第8号)

平成 年 月 日

山形県知事 殿

(届出者) 住所 _____

氏名 _____ ㊟

(受給者との続柄:)

電話番号 _____

肝炎治療資格喪失届出書

受給者番号								受給者氏名	
-------	--	--	--	--	--	--	--	-------	--

資格喪失年月日 平成 年 月 日

資格喪失の理由 1. 転出 2. 治癒 3. 死亡
4. 他法移管 5. その他 ()

※ 受給者証を添付してください。