別紙様式第８号

**特定医療費（指定難病）中止（終了）届**

令和 年 月 日

　群馬県知事　　　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受給者との続柄　　　　　　）

　次のとおり、特定医療費（指定難病）の給付を中止（終了）しましたので届け出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者氏名 |  |
| 中止（終了）の理由 （該当するものに〇をつけてください） |
| 　１　治ゆ・軽快　　　　　　　　　　　２　死亡　３　他法適用　　　　　　　　　　　　　４　県外転出　５　その他 |
| 中止（終了）年月日 | 年　　　月　　　日 |
|

注意事項　①不要となった受給者証は、この届け出と一緒にお返しください。