

特定医療費（指定難病）中止（終了）届

令和 年 月 日

群馬県知事 へ

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○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願いします。