

特定医療費（指定難病）中止（終了）届

令和〇〇年 〇月 〇日

群馬県知事 あて

令和3年4月1日以降、
申請者の押印は不要です。

申請者 住所 前橋市〇〇町〇〇 〇-〇

氏名 群馬 次郎

(受給者との続柄 長男)

特定医療費（指定難病）受給者証に記載されている受給者番号を記入してください。

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	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
受給者氏名	群馬 太郎						
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	令和〇〇年 〇月 〇日						

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。