様式９

先天性血液凝固因子障害等医療給付中止（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、特定疾患医療の給付を中止（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	令和　　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。