

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。