

特定医療費（指定難病）・登録者証 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／要支援者との続柄)

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

受給者番号								※登録者証のみお持ちの方は記載不要です。
受給者／ 要支援者氏名								
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・登録者証は、この届け出と一緒にお願いします。

②登録者証については、県外転出時の中止届けの提出は不要です。