

特定医療費（指定難病）・登録者証 中止（終了）届

令和〇〇年 〇月 〇日

群馬県知事 あて

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—〇

氏名 群馬 次郎

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。

（受給者／要支援者との続柄 長男）

次のとおり、特定医療費（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	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	※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	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・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。