

小児慢性特定疾病医療費給付・登録者証中止（終了）届

年 月 日

群馬県知事 あて

届出者 住所

氏名

（受診者／要支援者との続柄 ）

次のとおり、小児慢性特定疾病医療費の給付等を中止（終了）しましたので届け出します。

受給者番号								
受診者／ 要支援者氏名								
中止（終了）の理由 （該当する番号に丸をつけてください）								
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							

※不要となった受給者証等は、この届と一緒にお願いします。