

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下さい。