特定医療費（指定難病）中止届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　広　島　県　知　事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

次のとおり、中止しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 病名 |  |
| 氏名 |  | 中止年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 |  |
| 中止の理由 | １　治癒・軽快２　死亡（死亡年月日　　　　　　年　　　月　　　日）３　県外転出（都道府県名：　　　　　　　　市区町村名：　　　　　　　　　）４　その他 |
| 備考 |  |