

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			