

特定医療費（指定難病）終了報告書

栃木県知事 様

以下のとおり、終了となりましたので報告いたします。

報 告 者

受給者との続柄

電 話 番 号

住 所

年 月 日

受給者氏名			受給者番号							
終了理由 (該当理由に☑を 記入。)	<input type="checkbox"/> 県外転出	転出日	年	月	日					
	転出先									
	※県外へ転出される場合は、転出先の都道府県等で改めて特定医療費（指定難病）受給者証の交付申請手続きをしてください。									
	<input type="checkbox"/> 病名変更									
	<input type="checkbox"/> 寛解									
	<input type="checkbox"/> 他制度利用	()								
	<input type="checkbox"/> 死亡	死亡日	年	月	日					
	<input type="checkbox"/> その他	()								

報告の際、必要となる添付書類
<input type="checkbox"/> 既に交付されている特定医療費（指定難病）受給者証

受理印