指定難病　特定医療受給転帰届

平成　　年　　月　　日

奈良県知事　殿

下記の理由により、特定医療の給付を終了しましたので、届け出ます。

記

届出者	フリガナ		受診者との続柄
	氏　　名	印	1　本人 2　その他 （　　）
	電話番号		
	住　　所	（〒　　）	

受給者番号									
受診者	フリガナ								生　年　月　日
	氏　　名								明治　大正　昭和　平成 年　　月　　日
事由発生年月日		年　　月　　日							
転帰の理由		※該当事項に〇を付けてください。 1　治　癒　・　軽　快 2　死　亡 3　県外転出（　　（都道府県）へ転出） 4　その他　4は理由を記入してください〔　　〕							

※不要となった医療受給者証は、この届に添付してお返しください。