

小児慢性特定疾病医療受給転帰届

令和 年 月 日

奈良県知事 殿

下記の理由により、小児慢性特定疾病医療の給付を終了しましたので、届出ます。

記

届出者	フリガナ		受診者との続柄
	氏名	印	母・父
	電話番号		その他 ()
	住所	(〒)	

受給者番号							
受診者	フリガナ						生年月日
	氏名						平成 年 月 日
転帰の理由		事由発生年月日 令和 年 月 日					
		※該当事項に○を付けてください。 1 治癒・軽快 2 死亡 3 県外転出 <small>市町村名までお書きください</small> 転出先 () 4 その他 <small>4は理由を記入してください</small> ()					

※不要となった医療受給者証は、この届に添付してお返してください。