

指定難病特定医療受給転帰届

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		1 本人
	電話番号		2 その他 ()
	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 令和 年 月 日
事由発生年月日		年 月 日					
転帰の理由		※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 () へ転出) (都道府県名または政令指定都市名を記載してください) 4 その他 () (4は理由を記載してください)					

※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下さい。