

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		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					
		<p>※該当事項に○を付けてください。</p> <p>1 治癒 ・ 軽快</p> <p>2 死亡</p> <p>3 県外転出 <small>市町村名までお書きください</small> <small>転出先</small> ()</p> <p>4 その他 <small>4は理由を記入してください</small> ()</p>					

※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。