

# 先天性血液凝固因子障害等医療受給転帰届

令和 年 月 日

奈良県知事 殿

下記の理由により、先天性血液凝固因子障害等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 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 ( (都道府県) へ転出) 4 その他 4は理由を記入してください { }						

※不要となった受給者証は、この届に添付してお返してください。