様式第９号

# 特定医療費（指定難病）医療受給者証等転帰届

令和　　年　　月　　日

高 知 県 知 事　　様

下記の理由により、□特定医療費（指定難病）医療受給者証／□登録者証（指定難病）　が不要となりましたので、届け出ます。

記

| | |
|---|---|
| 届 出 者 住 所 | |
| 届 出 者 氏 名 | |
| 受診者／要支援者との関係 | １　本人　　２　その他（　　） |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 受 給 者 番 号 | | | | | | | | ※登録者証のみの場合は記載不要。 |
| 受診者／要支援者氏 名 | | | | | | | | |
| 転 帰 の 理 由 | １　治癒・軽快<br>２　死　　亡<br>３　県 外 転 出（　　都道府県へ転出）<br>４　そ の 他（　　） | | | | | | | |
| 発 生 年 月 日 | | | | | | | | |

（注１）不要となった医療受給者証／登録者証は、この届と一緒にお返しください。
（注２）県外転出の場合、登録者証については、本届の提出は必要ありません。