様式第８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 ２　死　　亡 ３　県 外 転 出（　　都道府県へ転出） 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。