

特定医療費（指定難病）医療受給転帰届

令和 年 月 日

高知県知事 様

下記の理由により、特定医療の給付を終了しましたので、届け出ます。

記

届出者住所	
届出者氏名	
受診者との関係	1 本人      2 その他（                                  ）

受給者番号	
受診者氏名	
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)不要となった医療受給者証は、この届と一緒にお願いします。