様式５

特定医療費（指定難病）中止届出書

年　　月　　日

広　島　県　知　事　　様

住　　所
氏　　名
電話番号

次のとおり、中止しましたので届け出ます。

受給者番号		病　　名	
氏　　名		※中止年月日	年　　月　　日
住　　所			
中止の理由	１　治癒・軽快 ２　死亡 ３　県外転出（ 都道府県名：　　市区町村名： 他県市への転入日：　　年　　月　　日 ） ４　その他（　　）		
備　　考			

※中止年月日について

【死亡の場合】死亡日が中止年月日になります。

【転出の場合】他県市に受給者証の転入手続をされた日の前日が中止年月日になります。

上記いずれの場合も、「中止年月日まで」が広島県での受給期間となります。