

特定医療費（指定難病）中止届出書

令和 年 月 日

広島市長様

現住所 _____

電話番号 _____

氏名 _____

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（死亡年月日 年 月 日） 3 市外転出（都道府県又は政令指定都市名） 4 その他		
備考			