



特定疾患治療中止届

受給者等	氏名		受給者番号							
	中止の理由	1 病気が治癒した								
		2 受給者等が死亡した								
		3 受給者等が県外へ転出した								
		4 その他 ()								
中止年月日	年 月 日									

上記のとおり特定疾患の治療を中止しましたので届け出ます。

年 月 日

届出者 住所 _____ 市・郡 _____ 町・村 _____ 番地 _____

氏名 _____ ④ 受給者等との続柄 () _____

※続柄は受給者からみた場合

島根県知事様

※ 受給者証等を添付してください。