

(様式第8号)

肝炎治療終了報告書

年 月 日

栃木県知事 様

住 所

報告者 氏 名 印

電 話

下記のとおり終了になりましたので報告します。

公費負担医療 の受給者番号								受給者氏名	
住 所	〒								
疾 病 名									
転 帰	1 治 癒		2 中 止						
	3 県外転出		4 死 亡						
	5 その他 ()								
終了年月日	年 月 日								

- 1 併せて、肝炎治療受給者証を添付してください。
- 2 県外へ転出される場合は、転出先の都道府県で改めて手続きをしてください。