第６号様式（第 12 関係）

肝炎治療受給者証転帰届

年　　月　　日

高 知 県 知 事　　様

下記の理由により、抗ウイルス治療の給付を終了しましたので、高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第 12 の規定により届け出ます（該当するものを〇で囲んでください。）。

申請者住所又は 申請医療機関住所	
申請者氏名又は 申請医療機関名	
受給者との続柄	１　本人　　２　医療機関　　３その他（　　）

※医療機関から届け出るときは、受給者に転帰する旨をお知らせください。

受 給 者 番 号								
受 給 者 氏 名								
転 帰 の 理 由	１　治癒・軽快 ２　死　　亡 ３　他法適用（該当する制度：　　） ４　県外転出（　　都道府県へ転出） ５　そ　の　他（　　）							
発 生 年 月 日	年　　月　　日							

※不要となった医療受給者証は、この届と一緒にお返しください。