

(別紙様式12)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了届			
公費負担者番号		公費負担医療 の受給者番号	
受 給 者	住 所	〒 - 電話番号 () -	
	ふりがな 氏 名	生年月日	年 月 日
<p>次の事由により、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の参加終了について届け出ます。</p> <p>肝がん・重度肝硬変治療に係る医療の必要がなくなった。</p> <p>転出により県外の市町村に住民票が移った。(転出先都道府県で参加者証の交付を受けようとする場合を除く)</p> <p>医療保険各法の規定による被保険者でなくなった。</p> <p>その他 ()</p>			
年 月 日			
届出者 住所			
氏名 (代理人の場合は代理人の氏名を記載)		受付印	
熊本県知事 様			