（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

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。