年　　月　　日

保健所長　様

（届出者）

住　　所

氏　　名

受診者との続柄（　　　　　　　　）

電話番号

特定医療費受給者証返還届

　下記の理由により特定医療費医療受給者証を返還します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　給　者 | 氏名 |  | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | |
| 特定医療費  受給者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 返還の事由 | | １.県外転出  ２.病気の治ゆ（医療不要）  ３.死亡  ４.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 返還事由発生日 | | 年　　　　　月　　　　日 | | | | | | | |

※　特定医療費医療受給者証を添付すること。

　　他の都道府県等に居住地を移した場合は、当該都道府県等に支給認定の申請をした日

を返還事由発生日に記入すること。