（様式第６号）（要綱第 12 条関係）

特定疾患医療受給者証返納届

受給者	受給者番号	
	氏　　名	
	住　　所	（〒　　－　　） 電話（　　－　　－　　）
返　納　理　由		県外へ転出　・　医療不要　・　その他（　　）
返納理由発生 年　月　日		年　　月　　日

上記理由により、特定疾患医療受給者証を返納します。

年　　月　　日

（〒　　－　　）

届出者　住　所

氏　名

（受給者との続柄：　　）

保 健 所 長　殿

保健所収受印欄

（注）１　交付済み受給者証を添付してください。

２　県外へ転出の場合は、受給者証の写しを交付します。