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。