

年 月 日

保健所長 様

(届出者)
住 所
氏 名 印
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。
他の都道府県に居住地を移した場合は、当該都道府県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。