



肝炎治療受給者証返還届 (インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療)				
申請者	ふりがな		職業	
	氏名		性別	男 女
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
	住所	(電話)		
	受給者番号			
届出理由	1. 県外転出 2. 病気の治癒 3. 死亡 4. 他法適用 (生活保護等) 5. 他の治療法認定 6. その他 ()			
発生日	年 月 日			転居 死亡 認定
転出先・その他理由				
備 考				
肝炎治療受給者証を返還します。 <div style="text-align: right;"> 申請者氏名 年 月 日 和歌山県知事 様 </div>				

※ 県外転出の場合の転出先、その他の場合の理由欄には必ずご記入ください。