

特定医療費（指定難病）受給者証返還届

年 月 日

和歌山県知事様

届出者 住所

氏名

受給者との続柄

下記の受給者について、次の理由により特定医療費（指定難病）受給者証を返還します。

返還する事実の生じた日： 年 月 日

[返還理由： 治癒 ・ 死亡 ・ 県外転出 ・ その他（ ）]

いずれかに○を付し、その他については理由を記入してください。

| | | |
|-------|----|--|
| 受給者 | 氏名 | |
| | 住所 | |
| 受給者番号 | | |

| | | | |
|------------|--|-----------|--|
| 保健所 受付印 | | 本庁 受付印 | |
|------------|--|-----------|--|