

特定疾患医療受給者証返還届

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疾患医療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 ・ 転症 ・ 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	
------------	--	-----------	--