

様式第11号

特定医療費（指定難病）医療受給者証返還届

令和 年 月 日

兵庫県知事 様

届出者 住所 _____
氏名 _____
受給者との続柄 (_____)
電話 _____

下記の理由により、受給者証を返還します。
記

公費負担者番号	5	4	2	8							受給者番号								
フリガナ 受給者 氏名																			
受給者 住所	〒																		
返 還 理 由	1 県外転出 2 病気の治ゆ 3 死亡等により資格を失ったとき 4 その他																		
	平成・令和 年 月 日																		
	※																		
備 考																			

(記入上の注意)

- ※欄には、転出先及びその他理由を記入ください。
- 既に、有効期間の過ぎた受給者証の返還については、この様式の添付は不要です。