保 健 所 受 付 印

様式第１１号（R6.4 改正）

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（ふりがな）

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		生年月日	大正 昭和 平成 令和　　年　　月　　日
受給者氏名			
受給者住所	〒		
返還理由	1　県外転出　→　転出先（　　都・道・府・県　　市）		
	2　病気の治ゆ		
	3　死亡により資格を失ったとき　　令和　　年　　月　　日死亡		
	4　その他　（　　）		
按分	受給者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者の有無	無・有	受給者番号
			フリガナ 氏名
備考			

（記入上の注意）

1　自己負担上限額管理票は返還しないでください。

2　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。