

様式 1 1 号 (R1.5 改正)

特定疾患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	2 8 6 0	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		
	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。