

特定疾患医療受給者証返還届出書

令和 年 月 日

山口県知事様

申請者（申出者）

住所 〒

TEL() -

氏名

患者との続柄()

このことについて、下記の理由により返還します。

記

ふりがな 患者氏名		受給者番号							
住 所	〒 TEL() -								
医療機関									
返還の理由(該当するものに○印をつけてください)									
1 県外転出※ 2 治ゆ 3 死亡 4 有効期間満了 5 その他 :									
	※転出先	県外転出の場合は、転出先の住所を記入してください。							
返還の理由が生じた年月日	年 月 日								
備 考									