

特定疾患医療給付事業受給者票返納届出書

年 月 日

愛 知 県 知 事 殿

申 請 者

〒

住 所

氏 名

受給者との続柄

電話番号

下記のとおり受給者票を返納します。

受給者番号								
受 給 者	氏 名							
	住 所							
返納理由		1 死亡 2 県外転出 3 適用区分の変更による 4 その他 ( )						
発 生 年 月 日				年		月		日
備 考								

- (注) 1 受給者票を添付してください。  
 2 受給者票の返納の事由が生じたときは、14日以内に保健所に届け出てください。  
 3 受給者票を紛失したときは、備考欄にその旨記入してください。  
 4 県外転出の場合、転出予定先住所を備考欄に記入してください。