

## 特定医療費受給者証返還届

年 月 日

愛知県知事 殿

届 出 者  
居 住 地

氏 名

患者との続柄

電話番号

下記のとおり特定医療費受給者証を返還します。

記

受 給 者 番 号		
患 者	氏 名	
	居 住 地	
返 還 理 由		1 死亡
		2 支給認定の取消
		3 その他（ ）
返還事由発生年月日		年 月 日
備 考		

受付欄 (保健所記入)	保健所受付印	経由印	本庁受付印

- 備考
- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。
  - 2 返還する特定医療費受給者証を添付すること。
  - 3 県外転出の場合は、転出予定先居住地を備考欄に記載すること。