



特定医療費（小児慢性）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 _____
フリガナ 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		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 → 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 ()	
備考			

(記入上の注意)

- 1 自己負担上限額管理表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。