|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 別紙様式第７号 |  |  | 　　　　　保健所　保健所コード　　　　　 |
| 特定医療費（指定難病）受給者証等返納届 |
| 受給者 | フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏　　名 |  | 年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 届出者 | 北海道知事　様私は、上記のとおり、特定医療費（指定難病）受給者証等の返納について、届け出ます。　　　年　　　月　　　日　　　　届出者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 受給者との続柄 |  |
| 返納理由 | □治癒　□死亡　□道外転出　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 理由が生じた日 |  |
| ※受給者及び届出者の記入は必須です。 |
|  |
|  |
| 受給者証貼付欄 | 返納される受給者証をここに貼り付けてください。 |
|  |