

### ウイルス肝炎医療費受給者証 返納届

受給者	受給者番号									有効期間	年	月	日	から
											年	月	日	まで
	氏名													
	住所													
返納理由		県外へ転出 ・ 医療不要 ・ その他 ( )												
返納理由 発生年月日		年 月 日												
上記理由により、ウイルス肝炎医療費受給者証を返納します。														
年 月 日														
住所 (〒 - )														
届出者														
(電話 - - )														
氏名														
受給者との続柄 ( )														
_____保健所長 様														
												管轄保健所收受印欄		

(注) 受給者証を添付してください。