

指定難病特定医療費受給者証返納届出書

交付を受けた指定難病特定医療費受給者証の返納を行いたいので次のとおり届け出ます。

年 月 日

(宛先)
茨城県知事

届出者 住 所

氏 名

電話番号 () -

受給者番号 (必ず記入)		受給者 氏 名	
届出者の受給 者との関係 (該当数字に○)	1 本人 2 その他 ()		
届出の理由及び 事実発生日	届出の理由 (該当数字に○)		事実発生日
	1	茨城県以外に転出し、他の都道府県から医療費受給者証の交付を受けた。	年 月 日 ※他の都道府県が認めた有効期間始期の前日を記入。
	2	治癒	年 月 日
	3	死亡	年 月 日
	4	その他 (以下に記入してください。)	
	理由		
	事実発生日 (年 月 日)		

(添付書類)

- 茨城県が交付した指定難病特定医療費受給者証