第11号様式

**医療受給者証返納届出書**

交付を受けた医療受給者証を返納したいので、次のとおり届け出ます。

年　　　月　　　日

神奈川県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　（　　　　　）　　　　　－

|  |  |
| --- | --- |
| 医療受給者証の交付を受けている者と届出人との関係 | １．相続人　２．本人　３．後見人　４．その他 |
| 届　　出　　の　　理　　由※右の１～３に○をつけてください。　「３．その他」に該当する場合は括弧内に理由を　記載してください。 | １．死亡 |
| ２．治癒 |
| ３．その他 |
| 医療受給者証の交付を受けている者の氏名 |  |
| 住　 　　　　　　　　　所 | 〒 |
| 受　　給　　者　　番　　号 |  |
| 生　　　年　　　月　　　日 | 　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 届 出 事 由 の 生 じ た 日 |  　　年　　　　月　　　　日 |

この返納届出書に、特定医療費（指定難病）医療受給者証を添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 保健所等受理印 | 県受理印 |
|  |  |