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