

特定医療費（指定難病）受給者証／登録者証（指定難病）返納届											
受 診 者 （ 患 者 ）	フリガナ						性 別	<input type="checkbox"/> 男	年 齢	歳	
	氏 名							<input type="checkbox"/> 女			
	受給者番号						生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	年 月 日		
	住 所							<input type="checkbox"/> 昭和		<input type="checkbox"/> 平成	
（ ※ ） 保 護 者	フリガナ						受 診 者 との続柄				
	氏 名										
返 納 理 由 該当する理由に☑						<p>受 給 者 証 貼 付 欄</p> <p>この欄に受給者証を貼り付けて下さい。</p> <p>受給者証を紛失された場合は、下記にチェックして下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 受給者証を紛失したので貼り付けできません。</p> <p>※登録者証は受給者死亡時以外で返納いただく必要はありません。</p>					
<input type="checkbox"/>	県外転出 (転出先: )										
<input type="checkbox"/>	治癒または軽快										
<input type="checkbox"/>	死 亡										
<input type="checkbox"/>	そ の 他 (理 由: )										
上記理由の生じた日											
年 月 日											
上記のとおり返納します。  届出者氏名 _____  年 月 日						保健所受理印  沖縄県知事 殿					

※ 受診者が18歳未満の場合に記入して下さい。