

| 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 | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | |
| | 住 所 | | | | | | | | | |
| （ ※ ） 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 style="text-align: center;">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 | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | | |
| 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 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> | | | |
| 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。