

| 特定医療費（指定難病）受給者証返納届              |                              |        |     |    |                          |
|---------------------------------|------------------------------|--------|-----|----|--------------------------|
| 患者                              | フリガナ                         |        | 性別  | 年齢 | 生年月日                     |
|                                 | 氏名                           |        | 男・女 | 歳  | 大昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日 |
|                                 | 受給者番号                        |        |     |    |                          |
| 返納理由                            | 1 治癒 2 死亡 3 市外転出<br>4 その他（ ） |        |     |    | 收受印（保健センター）              |
| 理由が生じた日                         | 年 月 日                        |        |     |    | 收受印（保健所）                 |
| 届出者氏名記載欄                        | 上記のとおり特定医療費（指定難病）受給者証を返納します。 |        |     |    |                          |
| 令和 年 月 日 札幌市長 様                 |                              |        |     |    |                          |
| 届出者氏名                           |                              | 患者との関係 |     |    |                          |
| ※届出者が患者本人と異なる場合は、以下に届出者の住所等を記載  |                              |        |     |    |                          |
| 〒（ - ） 電話番号（ - - ）              |                              |        |     |    |                          |
| 住所                              |                              |        |     |    |                          |
| 受<br>給<br>者<br>証<br>貼<br>付<br>欄 | 返納される受給者証をここに貼り付けてください。      |        |     |    |                          |
|                                 |                              |        |     |    |                          |