

特定医療費(指定難病)受給者証返還届

下記理由により特定医療費(指定難病)受給者証を返還します。

令和 年 月 日

佐賀県知事 様

届出者 住所

氏名 (続柄 )

(電話 - - )

理由

下表から該当する者を○で囲んでください

返還理由	事実発生年月日
県外転出	年 月 日
治癒・軽快	
死亡	
その他	

※事実発生日に資格停止となります。

※ 返還する受給者証を裏面にのりづけしてください。

お預かりした個人情報、その保護に十分配慮し、特定医療費(指定難病)受給者証に関して申請された目的を達成する以外に、一切使用されることはありません。

この欄に「特定医療費(指定難病)受給者証」を のりづけしてください。

☆ 特定医療費(指定難病)受給者証を紛失された場合は、下記紛失欄に押印してください。

紛失

印