

特定医療費（指定難病）受給者証返納届											
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☑		<div style="text-align: center;">受 給 者 証 貼 付 欄</div> <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>									
<input type="checkbox"/>	県 外 転 出 (転 出 先 :)										
<input type="checkbox"/>	治 癒 又 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											
上記のとおり特定医療費(指定難病)受給者証を返納します。 届出者氏名 _____ 令和 年 月 日 沖縄県知事 殿							保健所受理印				

※ 受診者が18歳未満の場合に記入して下さい。