|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 別紙様式第７号 | | | | | |  | | | | | |  | 市立函館 保健所 保健所コード ３７ | | | |
| 特定医療費（指定難病）受給者証等返納届 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請区分（☑する） | | | □特定医療費（指定難病）受給者証　　□特定疾患医療受給者証　　□登録者証 | | | | | | | | | | | | |
| 要支援者  受給者／ | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日  （　　　歳） | |
| 受給者番号  （登録者証の場合は記載不要） | | |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 届出者 | | 北海道知事　様  私は、上記のとおり、特定医療費（指定難病）受給者証等の返納について、届け出ます。  　　　年　　　月　　　日　　　　届出者氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者  との続柄 | |  | | | | | | | | | | | |
| 返納理由 | | | | □治癒　□死亡　□道外転出　□その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 理由が生じた日 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| ※受給者及び届出者の記入は必須です。 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者証等貼付欄 | 返納される受給者証等をここに貼り付けてください。  （貼り付けられない場合は、添付して提出してください。） | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |