

特定医療費（指定難病）受給者証等返納届

申請区分 ( <input checked="" type="checkbox"/> する)	<input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 登録者証		
受給者／ 要支援者	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	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 道外転出 <input type="checkbox"/> 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。)