

特定医療費（指定難病）受給者証等返納届

受 給 者	フリガナ							生年月日
	氏名							年 月 日 (歳)
	受給者番号							
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 貼 付 欄	返納される受給者証をここに貼り付けてください。