　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　山　梨　県　知　事　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　 所

氏　 名

　　　（所持者との続柄　　　　　）

自立支援医療受給者証返還届

私は次のとおり自立支援医療受給者証を返還します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 返還理由 | | １．症状が改善したため  ２．死亡したため  ３．県外へ転出するため（転出先：　　　都・道・府・県）  ４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 受診者 | フリガナ |  | 生　年　月　日 | | |
| 氏　　名 |  | 大正  昭和  平成  令和 | 年　　　月　　　日 | |
| 住　　所 |  | | | |
| 自立支援医療受給証者番号 | |  | | |  |
| 備　　考 | |  | | | |

|  |
| --- |
| 市町村受付印 |
|  |