**特定医療費（指定難病）受給者証返還届**

受付印

受付印

令和　　年　　月　　日

　神戸市保健所長　宛

届出者　 住所

受給者との続柄（　　　　　　）

電話

　　下記の理由により、受給者証を返還します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 受給者氏名 |  |
| 受給者住　所 | 〒　　　　－ |
| 返還理由 | １市外転出　　２病気の治癒　　３死亡　　４その他（　　　　　　） |
| 上記事由の事実発生年月日：令和　　　年　　　月　　　日 |
| * 償還申請中

１市外転出：償還通知の送付先住所を以下にご記入ください。　〒　　　　　３死亡：以下3点の書類の提出をお願いします。①「様式第10号特定医療費請求書」※請求者を変更、申請月分全て必要②（別紙４）申立書　※要印鑑　　　③新たな請求者の口座情報が確認できるもの |
| 備　考 |