第６号様式

# 特定医療費（指定難病）受給者証返納届出書

令和　　年　　月　　日

（申請先）
横浜市長

住所

申請者　氏名　　㊞

患者からみた続柄

電話番号

交付を受けた医療受給者証を返納したいので、次のとおり届け出ます。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 受給者番号 | | | | | |
| 患者 | フリガナ | | 生年月日 | 明治・大正<br>昭和・平成<br>令和　　年　　月　　日 | |
| | 氏名 | | | | |
| | 住所 | □←申請者と同じ場合は、チェックを入れて記入を省略できます。<br>横浜市　　区 | | | |
| 届出の理由<br>※右の１～３に○をつけてください。「３．その他」に該当する場合は括弧内に理由を記載してください。 | | １．死亡<br>２．治癒<br>３．その他<br>[　　] | | | |

【注意】
※この医療受給者証返納届出書に、特定医療費（指定難病）医療受給者証を添付してください。
※訪問看護ステーション等で医療費の精算が完了したのを確認してから返納してください。