

様式10

自立支援医療（更生医療）受給者証返還届出書

受診者氏名	受診券番号								
	負担者番号	1	5	1	9	0	1	4	3
	受給者番号								

返還理由	1. 治癒	2. 死亡	3. 県外転出	4. その他（ ）
返還理由発生 年月日				

- ※ 該当する返還理由に○をしてください。
- ※ 受診券を添付してください。

上記のとおり返還を届出ます。

平成 年 月 日

中央市福祉事務長 殿

届出者氏名 印

受診者との続柄（ ）