第７号様式

特定医療費受給者証返還届

年　　月　　日

　（宛先）名古屋市長

届　出　者

住　　所

氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　患者との続柄

電話番号

次のとおり特定医療費受給者証を返還します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受　給　者　番　号 |  |
| 受診者 | 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 | 名古屋市　　　区 |
| 返　還　理　由 | １　死亡 |
| ２　支給認定の取消 |
| ３　適用区分の変更による |
| ４　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 返還事由発生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 備　　考 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付欄 | 窓口受付印 | 本庁受付印 |
|  |  |
|

注　１　返還する特定医療費受給者証を添付してください。

　　２　市外転出の場合は、転出先居住地を備考欄に記入してください。

備考　１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。