

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。