別紙様式第８号

保健所受付印

特定医療費（指定難病）受給者証返還届

受給者氏名		受給者番号	
返還の理由	１．死亡　　２．中止　　３．県外転出（※２） ４．その他（　　）		
事実発生年月日	年　　月　　日　　（返還の理由が発生した日）		
備　　考			

上記のとおり特定医療費（指定難病）医療受給者証を返還します。

年　　月　　日

届出者　住所

氏名

電話番号　　（　　）

島根県知事　　様

※１　医療費の精算後に、受給者証を添付して返還してください。

※２　「３　県外転出」の場合であって、転出先の都道府県で制度の利用を申請される場合には、申請時に受給者証及び自己負担上限額管理票の提示が必要となりますので、手続き終了後に返還してください。