

(別紙様式第8号)

肝炎治療受給者証返還届

年 月 日

島根県知事

様

〒

届出者 住所

氏名

受給者との続柄

下記の者について、次の理由により肝炎治療受給者証を返還します。

返還する事実の生じた日： 年 月 日

[返還理由： 治癒 ・ 中止 ・ 死亡 ・ 県外転出 ・ その他]

()

いずれかに○を付し、その他については () 内に理由を記入してください。

受給者	氏 名	
	住 所	
受 給 者 番 号		

保 健 所		本 庁	
受 付 印		受 付 印	