

B型・C型肝炎患者医療給付事業受給者票返納届出書

令和 年 月 日

愛知県知事殿

申請者 住所

氏名

受給者との続柄

下記のとおり受給者票を返納します。

区分

1 5													
受給者	氏名												
	住所												
受給者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">9</td> </tr> </table>	3										9	
3										9			
返納理由	1 死亡 2 県外転出 3 その他 ( )												
返納事由発生年月日	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">12</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">17</td> </tr> </table>	12										17	
12										17			
	令和 年	月	日										
備考													

(注)

- 1 受給者票を添付してください。
- 2 受給者票の返納の事由が生じたときは、14日以内に保健所に届け出てください。
- 3 受給者票を紛失したときは、備考欄にその旨記入してください。
- 4 県外転出の場合、転出(予定)先住所を備考欄に記入してください。