

年 月 日

石川県知事 殿

申請者

住所

氏名

(受診者との続柄 )

電話

### 特定医療費（指定難病）受給者証／登録者証（指定難病）

#### の返還届

次の理由により {  受給者証 の返還を届出ます。  
 登録者証

受給者番号							
氏 名							
生年月日				年	月	日	

1 返還理由（該当する者を○印で囲んでください。）

1. 治癒

2. 県外への転出

3. 他法への移行

4. 医療券の有効期限が終了

5. 死亡

6. その他 ( )

2 上記の理由が生じた年月日

年 月 日