

特定疾患返納届出書・再交付申請書

特定疾患医療費受給者証・特定疾患登録者証の返納又は再交付の申請をします。

神奈川県知事 殿

住所	年	月	日
届出者 氏名			
電話番号			

受給者番号							
氏名	フリガナ						
生年月日	大正 / 昭和 / 平成 / 令和		年		月		日
電話番号	()						

返納届	<input checked="" type="checkbox"/> 返納の理由として、あてはまるものにレ点をつけてください。
	<input type="checkbox"/> 県外転出 (転出日 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 生活保護開始決定 (開始日 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 治癒
	<input type="checkbox"/> 自己都合
	<input type="checkbox"/> その他 (その他詳細)
受給者証・登録者証原本を添付できない場合、理由を記入	

再交付届	<input checked="" type="checkbox"/> あてはまるものにレ点をつけてください。
	<input type="checkbox"/> 紛失
	<input type="checkbox"/> 盗難
	<input type="checkbox"/> その他 (その他詳細)

保健所受理印	県処理印