

特定疾患返納届出書・再交付申請書

神奈川県知事 殿

届出年月日	年	月	日
申請者 (届出者)	住所 氏名 電話番号		
受給者	氏名		
	受給者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>

特定疾患医療受給者証・特定疾患登録者証の返納又は再交付の申請をします。

まず、上の太枠の中をご記入ください。また、申請の内容に応じて次の欄をご記入ください

特定疾患医療受給者証・特定疾患登録者証を返納する方 → → **1.**の欄をご記入ください

特定疾患医療受給者証・特定疾患登録者証の再交付を希望する方 → **2.**の欄をご記入ください

1. 返納届

あてはまるものの番号に○印をつけてください	
1. 県外転出 (転出都道府県: _____) (右側に転出日を記入してください) 2. 死亡 (右側に死亡日を記入してください) 3. 生活保護開始決定 (右側に開始日を記入してください) 4. 治癒 5. 自己都合 6. その他 (理由: _____) ※ ご注意 4. 5. 6. に該当する場合は、この書類を提出された日付で資格喪失します。	平成 年 月 日 受給者証・登録者証を添えてください。 紛失した場合はここに「紛失」と書いてください。 <input type="text"/>

2. 再交付

生年月日をご記入ください	
(大正・昭和・平成) _____ 年 月 日	
あてはまるものの番号に○印をつけてください	
1. 紛失 2. 盗難 3. その他 (_____)	医療受給者証・登録者証の再発行は県庁がん・疾病対策課で行い、後日、郵便で届出先へお送りいたします。

保健所等受理印	県処理印
<input type="text"/>	<input type="text"/>