

肝炎治療受給者証返納届出書・再交付申請書

神奈川県知事 殿

届出日	年	月	日
住所	〒		
受給者氏名			
電話番号	()		
受給者番号	<input type="text"/>		

肝炎治療受給者証の返納または再交付の申請をします。

受給者証を返納する方 ⇒ 1. の欄をご記入ください
受給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	該当する番号に○印をつけてください	1. 2. 3. 4. に該当する場合は、日付をご記入ください
	1. 県外転出(転出先都道府県:) 2. 死亡 3. 生活保護開始日決定 4. 治療(服薬)終了 5. 自己都合(治療の中断など) 6. その他(理由:) ※ご注意 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。	年 月 日 有効期間が終了していない受給者証はこの書類に添付して返納してください。 なお、有効期間が終了した受給者証の返納は不要です。

2. 再交付	生年月日をご記入ください	年 月 日
	該当する番号、箇所に○印をつけてください	
	1. 肝炎治療受給者証 (紛失・汚損)	
	2. 自己負担限度月額管理票 (紛失・汚損・記入ページ終了)	