様式第 10 号(第 11 条関係)

自立支援医療(育成医療)受給者証返還届出書

受給者氏名	受　診　券　番　号								
	負担者番号								
	受給者番号								

返還理由	1.　治癒　　2. 死亡　　3. 県外転出　　4. その他(　　)
返還理由発生年月日	平成　　年　　月　　日

※　該当する返還理由に〇印をしてください。
※　受診券を添付してください。

上記のとおり返還を届け出ます。

年　　月　　日

甲斐市長　様

届出者

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受診者との続柄 (　　)