

肝炎治療受給者証返還届出書

年 月 日

山口県知事 様

(届出者)  
住 所 (〒 )  
電話番号  
氏 名  
受給者との続柄 ( )

このことについて、下記のとおり届け出ます。

記

ふりがな 受給者氏名							生年月日 (年齢)	明・大 昭・平	年	月	日生 (満 歳)	
受給者番号							受給者証の 有効期間	年	月	日から 年	月	日まで
返還の理由 が生じた日	年 月 日											
返還の理由	該当するものに○をつけてください。 1 県外転出 (※) 2 治ゆ 3 死亡 4 有効期間満了 5 他法適用 6 その他 ( ) のため。											
	県外転出の 場合の転出先	※県外転出の場合は、転出後の住所を記載してください。										
備 考												

(注意)

- 1 肝炎治療受給者証を添付してください。
- 2 県外への転出の場合で、受給者証の有効期間が残っており、転出後も引き続き肝炎治療受給者証の交付を希望する場合は、転出日の属する月の翌月末までに、転出先の都道府県に、本県で交付を受けていた受給者証の写しを添えて届け出てください。  
(転出先での手続きが円滑に行えるよう、本届出受付保健所において、受給者証の写しを届出者に渡してください。)

申請者は下記には記入しないでください。

経 由 保 健 所 名 (健康福祉センター名)		保 健 所 受 付 日	年	月	日
----------------------------	--	----------------	---	---	---