（別紙様式１３）

肝炎治療受給者証返還届

受給者番号				
受給者	住　所	〒（　　－　　）　（電話番号　　） 熊本県　　市・郡　　区・町・村		
	氏　名		生年月日	大正 昭和 平成　　年　　月　　日 令和

資格喪失事由（該当する事項に〇を付けてください）

１　治療が終わった

２　治療を中断した（中断の理由：　　）

３　熊本県に住所がなくなった

４　他法適用・他の医療制度に変更した

５　死亡した

６　その他（理由：　　）

上記の理由により受給者の資格を喪失しましたので、届け出ます。

年　　月　　日

届出者　住所

氏名

熊本県知事　様

受付印