

(別紙様式 13)

肝炎治療受給者証返還届				
公費負担者番号				受給者番号
受給者	住所	〒 ー ー 電話番号 ( ) ー ー		
	氏名		生年月日	年 月 日
資格喪失事由 (該当する事項に○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が喪失しましたので、届け出ます。				
年 月 日				
届出者	住所			受付印
	氏名	(自署または記名押印)		
熊本県知事		様		