

自立支援医療(精神通院医療)受給者証返還届

年 月 日

福島県知事

住所
届出者 氏 名 印
(本人との続柄)

下記のとおり自立支援医療(精神通院医療)受給者証を返還します。

記

受診者氏名													
受給者証番号													
個人番号	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
返還の理由	(1) 心身の障がいの状態から自立支援医療を受ける 必要がなくなったため (2) 受診者が他の都道府県に居住地を移したため (3) 紛失した自立支援医療(精神通院医療)受給者 証が見つかったため (4) 本人死亡のため (死亡年月日 年 月 日) (5) 受給者証の有効期限が経過したため (有効期間 年 月 日) (6) その他()												

※ 上記返還理由の該当番号に○を付けること