

(別紙様式 12)

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	〒 — 電話番号 () —		
	氏名	生年月日	明治・大正 昭和・平成	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。				
平成 年 月 日				受付印
届出者	住所			
	氏名	(自署または記名押印)		
熊本県知事		様		