〈様式６〉

肝　炎　治　療　受　給　者　証　返　還　届

受給者	ふりがな 氏　名		性　別	男　・　女
	生年月日	年　　月　　日	公費負担医療の受給者番号	
	住　所	（電話　　）		
届出理由	該当するものに○を付けてください。 １.県外転出　　２.病気の治癒　　３.死亡 ４.他法適用（生活保護等）　　５.その他（　　）			
発生日	年　　月　　日　　県外転出 治　癒 死　亡 認　定			
転出先・その他理由				

備　考

肝炎治療受給者証を返還します。

【届出者】　〒

住　所

電話（　　）　　－

ふりがな

氏　名　　受給者との続柄（　　）

年　　月　　日

鹿児島県知事　様

注）　「１．県外転出」及び「５．その他」による場合は，必ず「転出先・その他理由」欄にご記入ください。