

年 月 日

石川県知事 殿

申請者
住所
氏名
電話

(受診者との続柄)

特定医療費（指定難病）受給者証の返還届

受給者番号							
氏 名							
生年月日				年	月	日	

1 返還理由（該当する者を○印で囲んでください。）

1. 治癒
2. 県外への転出
3. 他法への移行
4. 医療券の有効期限が終了
5. 死亡
6. その他（ ）

2 上記の理由が生じた年月日

年 月 日