様式第１５号（第１１関係）

肝炎治療受給者証返還届出書

年　　月　　日

　広　島　県　知　事　様

氏　　名

　次のとおり、肝炎治療受給者証を返還するので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  ふりがな |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　　　－電話番号（　　　　）　　　 　-　　　　　　　　□本人・□関係者　　　　　　※日中連絡の取れる電話番号を記入のこと。関係者の番号を記入する場合は申請者との関係性を明記すること。 |
| 返還の理由 | １　治癒・軽快２　死亡（死亡年月日　　　　　　　年　　　月　　　日）３　治療中止又は治療方法の変更（２度目の制度利用含む）（中止又は変更年月日　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日）　　　　　　（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　）４　公費負担医療制度適用（適用年月日　　　　　　　年　　　　月　　　　日）５　県外転出（転出先都道府県名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |

※ 肝炎治療受給者証の原本を提出のこと。