

様式第9号

特定医療費（指定難病）受給者証返還（県外転出時の変更）届

下記のとおり特定医療費（指定難病）受給者証を返還（届出）します。

受給者番号	
受給者氏名	
病名	
返還（変更）理由	県外転出 治ゆ 診療中止 死亡 その他（ ）
失効（変更）年月日	年 月 日
県外転出する場合の転居先住所	

年 月 日

届出人住所

氏名

受給者との続柄

大分県知事 殿

(注) 治ゆ、診療中止、死亡にかかる返納の際は、特定医療費（指定難病）受給者証を添付すること。

県外転出に伴う変更の際は、受給者証を窓口にて提示すること。