

特定医療費（指定難病）受給者証返納届出書

年 月 日

宛先（川崎市長）

届出者
住 所
氏 名
電話番号

交付を受けた医療受給者証について返納したいので、次のとおり届け出ます。

医療受給者証の交付を受けている 者と届出人との関係	1 本人 2 相続人 3 後見人 4 その他（ ）
届出の理由 (該当するものに○印を付けてください。)	1 治癒
	2 死亡
	3 その他（ ）
届出事由の生じた年月日	年 月 日
医療受給者証の交付を受けている 者の氏名	
受給者番号	
医療受給者証の交付を受けている 者の生年月日	

備考 この返納届出書に、特定医療費（指定難病）受給者証を添付してください。

※特定医療費（指定難病）受給者証の提示が必要な手続きが、すべて完了してから、この届出を提出してください。

- 指定医療機関での医療費精算
- 特定医療費請求書の記載を、指定医療機関に依頼する場合等