

特定医療費（指定難病）受給者証（送付先変更・返納）届

① 受給者	氏名		生年月日	明・大 昭・平・令	年	月	日
	受給者番号		受給者証の有効期間	令和	.	.	から . . まで
事実発生日 届出理由の生じた日		令和 年 月 日					
② 送付先変更届							
変更 内容	新	フリガナ 氏名				受給者との 続柄	
		住所	〒 - (- -)				
	旧	フリガナ 氏名				受給者との 続柄	
		住所	〒 - (- -)				
③ 返納届 ※該当に○をつけてください							
返納理由	治癒 ・ 死亡 ・ 県外転出 ・ その他 () のため						
④ 上記のとおり（送付先変更届・返納届）を提出します。 福岡県知事殿 令和 年 月 日 住所 〒 届出人氏名 印 (受給者との続柄)							

注意

- 送付先変更・返納のいずれかに○をして該当する箇所に記入してください。
- 転出後も特定医療費（指定難病）受給者証の交付を希望する場合は、転出先の都道府県に、本県で交付した特定医療費（指定難病）受給者証の写しを添えて届け出てください。
- ④の届出人氏名については、自署であれば押印は不要です。

(保健所收受印)