

指定難病要支援者証明書（登録者証）返納・登録取消届

要支援者	フリガナ		生年 月日	明・大 昭・平・令 年 月 日
	氏名	{ 受給者番号： ※特定医療費（指定難病）受給者証保有者のみ }		
	住所	〒		
登録者証の有効期間開始日		令和 年 月 日		
返納・登録取消理由		治癒 ・ 死亡 ・ その他（ ）のため ※該当するものに○をつけてください		
紙媒体の登録者証の 交付の有無		有 ・ 無 （「有」の場合） 紙登録者証の現物の返納： ☐ 有 ☐ 無（紛失）		
上記のとおり返納・登録取消届を提出します。 福岡県知事 殿 令和 年 月 日 住所 〒 届出人 氏 名 連絡先 （要支援者との続柄）				

注意

1. 特定医療費（指定難病）受給者の場合は、氏名欄の（ ）内に受給者番号を記載してください。

2. 返納・登録取消理由欄は、該当するものに○をつけてください。

3. 紙媒体の登録者証の交付の有無欄は、交付を受けたことがある場合は「有」に、交付を受けたことがない場合は「無」に○をつけてください。

「有」を選択した方は、登録者証の現物を返納する場合は、「紙登録者証の現物の返納」の「☐有」に、現物を紛失等しているため返納できない場合は「☐無」にチェックをしてください。

4. 他都道府県、政令指定都市から交付された登録者証の返納、登録取消の手続きは、本県ではできませんので、各交付元へお問い合わせください。

（保健所收受印）