

医療受給者証返納届出書

交付を受けた医療受給者証の返納を行いたいので次のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

(宛先)
埼玉県知事

届出者 住 所

氏 名

電話番号 () -

受給者番号 (必ず記入)		受給者 氏 名	
届出者の受給者 との関係 (該当数字に○)	1 本人 2 相続人 3 その他 ()		
届出の理由及び 事実発生日	届出の理由 (該当数字に○)		事実発生日
	1	埼玉県以外に転出し、他の都道府県又は指定都市から医療受給者証の交付を受けた。	年 月 日 ※他の都道府県又は指定都市が認めた有効期間始期の前日を記入。
	2	治癒	年 月 日
	3	死亡	年 月 日
4	その他 (以下に記入してください。)		
	理由		
	事実発生日 (年 月 日)		

(添付書類)

- 埼玉県以外に転出した場合 { ①埼玉県が交付した医療受給者証
②他の都道府県又は指定都市が新たに交付した医療受給者証のコピー
- 死亡した場合 { ①埼玉県が交付した医療受給者証
②死亡したことがわかる戸籍謄本又はこれに代わる書面
- 上記以外の場合 埼玉県が交付した医療受給者証