

# 自立支援医療（更生医療）受給者証返還届

令和 年 月 日

那覇市福祉事務所長 殿

受給者 氏 名  
受 給 者 番 号

届出者 住所

氏名  
受給者との関係（ ）

下記のとおり受給資格がなくなりましたので届けます。

返還理由 （該当するものを○で囲む）

- （１） 受給者の転出
- （２） 受給者の死亡
- （３） 指定医療機関外への通院
- （４） その他

（ ）