

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

()