

特定医療費（指定難病）受給者証（送付先変更・返納）届

受診者	フリガナ		生年月日	年 月 日			
	氏名						
	住所	〒					
	受給者番号						受給者証の有効期間
事実発生年月日		年 月 日					

① 送付先変更届

新	フリガナ		受診者との続柄	
	氏名			
	住所	〒		電話番号
旧	フリガナ		受診者との続柄	
	氏名			
	住所	〒		電話番号

② 返納届

返納理由 変更のある事項に☑	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 市外転出(※1) <input type="checkbox"/> その他() のため			
上記のとおり(送付先変更届・返納届)を提出します。 届出者 住所 _____ <input type="checkbox"/> 受診者と同じのため省略(該当する場合は☑) 氏名 _____ 印 _____ (自署する場合は、押印を省略することができます) ※2 (受診者との続柄) _____) (電話番号 - -) _____) 年 月 日 福岡市長様			窓口確認欄	

【留意事項】

※1 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、転出先の都道府県等に本市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出ください。

※2 送付先変更届の場合は、届出者は、受診者本人または、受診者が18歳未満の場合は保護者となります。

※3 送付先変更先の住所が変更となった場合は、再度送付先変更届の提出が必要です。

〈城南おくやみ 502P〉