様式第7 号

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	明・大・昭・平・令 年　月　日
	氏　名			
	住　所	〒		
	受給者番号		受給者証の有効期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで
事実発生年月日		令和　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 該当する事項に☑	□治癒　□死亡　□市外転出（※1）　□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　　□ 受診者と同じのため省略（該当する場合は☑）

氏名
※2

（受診者との続柄　　）

（電話番号　　－　　－　　）

令和　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。