

様式第9号

## 特定医療費（指定難病）受給者証返還（県外転出時の変更）届

下記のとおり特定医療費（指定難病）受給者証を返還（届出）します。

|                |                           |
|----------------|---------------------------|
| 受給者番号          |                           |
| 受給者氏名          |                           |
| 病名             |                           |
| 返還（変更）理由       | 県外転出 治ゆ 診療中止 死亡<br>その他（ ） |
| 失効（変更）年月日      | 年 月 日                     |
| 県外転出する場合の転居先住所 |                           |

年 月 日

届出人住所

---

氏名

---

受給者との続柄

---

大分県知事 殿

(注) 治ゆ、診療中止、死亡にかかる返納の際は、特定医療費（指定難病）受給者証を添付すること。

県外転出に伴う変更の際は、受給者証を窓口にて提示すること。