

肝炎治療受給者証返還届													
			年 月 日										
宮城県知事		殿											
(〒 ー)													
届出者住所													
届出者氏名			印										
受給者との続柄(受給者の)													
肝炎治療に係る医療費用交付規則第 5 条の規定により、下記のとおり届け出ます。													
受 給 者 番 号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												
フ リ ガ ナ 受 給 者 名			性 別	男 ・ 女									
治 療 内 容	<input type="checkbox"/> インターフェロン治療 <input type="checkbox"/> 核酸アナログ製剤治療 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療												
受給者証の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで												
資 格 消 滅 事 由	治ゆ・死亡・転出・他法 その他()	資格消滅年月日	年 月 日										
摘 要													

- (注) 1 治療内容は、いずれかの□にチェックして下さい。
 2 返納する受給者証を添付してください。