

様式第8号（第9条関係）（用紙 日本工業規格A4縦型）

肝炎治療受給者証返還届		
受 給 者	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	受給者番号	
届出理由	1. 県外転出 2. 病気の治癒 3. 死亡 4. 他法適用（生活保護等） 5. その他（ ）	
発 生 日	年 月 日	転居 治癒 死亡 認定 ()
転 出 先 (県外転出の場合に記入)		
備 考		
<p>肝炎治療受給者証及び肝炎治療月額自己負担限度額管理票を返還します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>静岡県知事 様</p> <p style="text-align: right;">届出者 氏名 _____ ㊞ (氏名を自署する場合は、押印は不要です。)</p>		