（別紙様式第８号）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **肝炎治療受給者証返還届**    年　 月　 日  島根県知事　　　　　　　　　様  　〒  届出者 住所  氏名  受給者との続柄  下記の者について、次の理由により肝炎治療受給者証を返還します。    　返還する事実の生じた日：　　　年　　月　　日  ［返還理由： 治癒 ・ 中止 ・ 死亡 ・ 県外転出 ・ その他 ］  （　　　　　　　）  いずれかに○を付し、その他については（　）内に理由を記入してください。 | | |
| 受給者 | 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 受給者番号 | |  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保健所    受付印 |  | 本庁    受付印 |  |
|