（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 |  |
|