

肝炎治療受給者証返還届				
申 請 者	ふりがな 氏 名		性 別	男 女
	生年月日	年 月 日	職 業	
	住 所	(電話 )		
	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 死亡 認定
転 出 先 ・ その他の理由				
備 考				
肝炎治療受給者証を返還します。				
			申請者氏名	印
年 月 日				
			山梨県知事	殿

※ 県外転出の場合の転出先、その他の理由欄は必ずご記入ください。