

自立支援医療受給者証返還届（ 育成医療 ）								
受 診 者	フリガナ							生年月日
	氏 名							
	住 所	〒					電話番号	
自立支援医療費受給者番号								
受給者証の有効期間		年 月 日から 年 月 日まで						
返還の理由		該当するものに○を付けてください。 ※その他の場合は理由を記載してください。 1 治療の終了 2 受診者の申し出 3 死亡 4 転出 5 回復した 6 その他（理由： ）						
上記理由により、自立支援医療受給者証を返還します。 届出者氏名 年 月 日 北上市長 様								