



肝炎治療受給者証返還届 (インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療)				
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. 他の治療法認定 6. その他 ()			
発 生 日	年 月 日		転居	死亡 認定
転 出 先 ・ その他理由				
備 考				
肝炎治療受給者証を返還します。 申請者氏名 年 月 日				

※ 県外転出の場合の転出先、その他の場合の理由欄には必ずご記入ください。