様式第１号

自立支援医療受給者証返還届（ 精神通院 ）

受診者	フリガナ		生年月日
	氏　　名		年　　月　　日
	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		から　　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

岩手県知事　殿

※　自立支援医療受給者証及び自己負担上限額管理票を添付すること。
※　他都道府県への転出の場合、「返還の理由」欄に転出後の住所を記載すること。