

受付番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 医療受給者証返納届出書

(特定医療費支給認定変更届出書(市外転出用))

相模原市長 あて

年 月 日

届出者 住 所

〒 -

氏 名 印

自署の場合、押印不要です。

電話番号

受給者との続柄

交付を受けた医療受給者証を返納したいので、次のとおり届け出ます。

受給者番号	
フリガナ 受給者氏名	
受給者証に記載 されている住所	
生年月日	年 月 日
返納理由	該当するものに をつけてください。 1 死亡 2 市外転出 3 治癒 4 その他( )
返納理由が生じた年月日	年 月 日
転出先の住所 (市外転出の場合のみ記載)	〒 -

### 【添付書類等について】

#### 返納理由が1・3・4の場合

- 「相模原市特定医療費(指定難病)医療受給者証」(原本)  
「自己負担上限額管理票」は添付不要です。

#### 返納理由が2の場合...転出先での特定医療費(指定難病)医療受給者証の受領後に届出してください。

- 「相模原市特定医療費(指定難病)医療受給者証」(原本)  
「自己負担上限額管理票」は添付不要です。

転出先の都道府県又は指定都市が発行した「特定医療費(指定難病)医療受給者証」の写し有効期間開始日が確認できること。有効期間開始日を「返納理由が生じた年月日」欄に記載します。

-----以下、市使用欄-----

【保健センター】

受付者:

受給者証受領

入力者:

【疾病対策課】

入力者:

受給者証受領

## 書類の送付先・問合せ先

送付先 : 〒252-5277 相模原市中央区中央2-11-15 疾病対策課 難病対策班  
問合せ先: 疾病対策課 難病対策班 042-769-8324 (直通)

窓口へ直接届出される場合は、各保健センターにご提出ください。