

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				
北海道知事 殿				