別紙様式第６号

特定医療費受給資格喪失届
（特定医療費受給者証返還届）

公費負担医療の受給者番号		
受給者	フ　リ　ガ　ナ	
	氏　　名	
喪　失　事　由		１　治　ゆ　　２　中　止　　３　新潟市又は県外へ転出 ４　死　亡 ５　他法適用（　　） ６　そ の 他（　　）
喪失事由発生年月日		年　　月　　日

□ 上記のとおり、受給者証を添えて届け出ます。

□ 上記のとおり、届け出ます。受給者証は紛失したため添付することができませんが、発見した場合には必ず返還します。

年　　月　　日

〒□□□－□□□□

住　　所

届出者　氏　　名

受給者との続柄

電　　話　　－　　－

新潟県知事　様

担当者記入欄
世帯内按分　　有　・　無 按分対象者　　（受給者番号　　） （按分有の場合のみ）　（受給者氏名　　）