

小児慢性特定疾病医療費受給者証返納届

年 月 日

保健所長 殿

届出者 住所 (〒 - )

氏名

受診者との続柄

電話番号

下記のとおり小児慢性特定疾病医療費受給者証を返納します。

記

(対象患者) 受診者	受給者番号								
	フリガナ					生年月日	年 月 日		
	氏名					生年月日	年 月 日		
返納の理由 (該当するものに○印 をしてください。)	1 治ゆ 2 軽快退院 3 死亡 4 県外転出 5 その他 ( )								
返納理由発生年月日	年 月 日								
備考								保健所収受印欄	

※交付されている医療受給者証もあわせてご提出ください。