

小児慢性特定疾病医療受給者証返納届出書

下記のとおり、小児慢性特定疾病医療受給者証を返納します。

久留米市保健所長 宛て			令和 年 月 日	
保 護 者	フリガナ		受診者との続柄	
	氏 名	印 (記名押印または署名のいずれか)		
	住 所	〒 -	電話番号	

記

受 診 者	フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳	生 年 月 日		
	氏 名						平成 令和	年	月
	住 所 (受診者と同一の場合は同上で可)	〒 -					電 話 (受診者と同一の場合は同上で可)		

受給者番号	
-------	--

返還理由	下記に期日を記入し、該当する番号に○をつけてください。
	(年 月 日から)
	1 転出
	2 治癒・軽快
	3 死亡
	4 他法適用
5 その他 ()	

添付書類

- 小児慢性特定疾病医療受給者証紛失した場合は、以下にその理由を記入してください。

(受付印)