

小児慢性特定疾病医療受給者証返還届

年 月 日

広島県知事様

申請者氏名

電話番号

次のとおり、医療受給者証を返還します。

受給者番号		病名	
受診者氏名		事由の 発 生 年 月 日	年 月 日
住 所	〒 ー		
返還の理由	1 治癒・軽快 2 死亡 (死亡年月日： 年 月 日) 3 他法適用 (適用年月日： 年 月 日) 4 転出 (転出先都道府県・市町村名：) 5 その他		
備 考			