様式第10号

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 | 〒　　－ |
| 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 |  |