

小児慢性特定疾病医療受給者証返還届

年 月 日

茨城県 保健所長 殿

〒 ー

届出者 住 所
氏 名

(受診者との続柄)

TEL

下記の事由により小児慢性特定疾病医療受給者証を返還します。

記

公 費 負担者 番 号										受給者 番 号									
受診者 氏 名								生年月日	年 月 日										
返還の理由 (該当するものに○をつけてください)																			
1 治癒・軽快																			
2 死亡																			
3 他法適用																			
4 県外転出																			
5 その他 ()																			
返還理由発生年月日							年 月 日												

※交付されている受給者証もあわせてご提出ください。