

小児慢性特定疾病医療受給者証返還届

|             |                      |   |               |   |         |   |   |
|-------------|----------------------|---|---------------|---|---------|---|---|
| 受<br>診<br>者 | ふりがな                 |   | 年<br>齢        | 歳 | 生 年 月 日 |   |   |
|             | 氏 名                  |   |               |   | 平 成     | 年 | 月 |
|             | ふりがな                 |   |               |   |         |   |   |
|             | 住 所                  | 〒 |               |   |         |   |   |
| 保<br>護<br>者 | ふりがな                 |   | 受診者との<br>関係   |   |         |   |   |
|             | 氏 名                  |   |               |   |         |   |   |
|             | ふりがな                 |   |               |   |         |   |   |
|             | 住 所<br>(児童と異なる場合に記入) | 〒 |               |   |         |   |   |
| 受 給 者 番 号   |                      |   | 返還をする事由が発生した日 |   |         |   |   |
| 返還の内容(理由)   |                      |   |               |   |         |   |   |

私は、小児慢性特定疾病医療受給者証を返還しますので、上記のとおり届け出ます。

届出者氏名

令和 年 月 日

長崎県知事 様

※ 受給者証を添付してください。

返還受給者証の貼付