

小児慢性特定疾病医療受給者証返納届

受診者	受給者番号								
	フリガナ							生年月日	年 月 日
	氏名								
返納の理由 ※該当するものに☑ ※転出の場合は、転出先住所をご記入ください。 ※その他に該当する場合は、その理由をご記入ください。		<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 転出 () <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()						返納理由発生年月日	
								年 月 日	
備 考									
上記のとおり、小児慢性特定疾病医療受給者証を返納します。 年 月 日 <div style="text-align: right;">(〒 -)</div> 届出者 住 所 氏 名 受給者との続柄 () 電話番号 (宛先) 長野市長									

※小児慢性特定疾病医療受給者証を添付してください。