

小児慢性特定疾病医療受給者証／小児慢性特定疾病登録者証返還届出書

令和 年 月 日

山口県知事 様

申請者

住所 〒

TEL( ) -

氏名

患者との続柄( )

このことについて、下記の理由により返還します。

記

ふりがな 患者氏名		受給者番号							
住 所	〒								
返還の理由 (あてはまるもの全てに○印をつけてください)									
1 県外転出※ 2 治ゆ 3 死亡 4 有効期間の満了 5 その他 ( ) ※ 県外転出の場合は、以下の欄に転出先を記載してください。									
※転出先									
返還の理由 が生じた日	令和	年	月	日					
保健所受付日	令和	年	月	日					
備 考									

※ 受給者証・登録者証を添付し、申請窓口までご提出をお願いします。