

受付印

様式第7号

小児慢性特定疾病医療受給者証返還届

令和 年 月 日

西宮市保健所長 様

届出者 住所 \_\_\_\_\_

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_

受診者との続柄 ( )

電話 \_\_\_\_\_

下記の理由により、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	5	2	2	8				受給者番号							
フリガナ 受診者 氏名															
受診者 住所	〒														
返 還 理 由	1 県外転出 2 病気の治ゆ 3 死亡等により資格を失ったとき 4 その他														
	年 月 日														
	※														
備 考															

(記入上の注意)

- ※欄には、転出先及びその他理由を記入ください。
- 既に、有効期間の過ぎた受給者証の返還については、この様式の添付は不要です。