

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。
- 自己負担上限額管理票の返還は不要です。