

小児慢性特定疾病医療受給者証返還届

受診者氏名		受給者番号							
返還の理由	1 県外転出    2 治癒    3 中止    4 死亡    5 その他								
事実発生 年 月 日	年    月    日								
備 考									
<p>上記のとおり小児慢性特定疾病医療受給者証を返還します。</p> <p>年    月    日</p> <p>届出者 住所</p> <p>氏名</p> <p>電話番号</p> <p>富山県知事 殿</p>									

- 注・該当する返還の理由に○をつけてください。
- ・備考には、転出先及びその他の理由を記入してください。
- ・受給者証を添付して提出してください。
- ・既に有効期間を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。