

小児慢性特定疾病医療受給者証(兼登録者証)返納届

年 月 日

(宛先)松本市長

(〒 -)
届出者 住 所

氏 名

受診者との続柄

電話番号

下記のとおり小児慢性特定疾病医療受給者証(兼登録者証)を返納します。

記

(対象患者) 受診者、要支援者	受給者番号								生年月日	年 月 日
	ふりがな									
	氏 名									
返納の理由 (該当するものに○印 をしてください)	1 治癒 2 軽快退院 3 死亡 4 転出 5 その他()									
返納理由発生年月日	年 月 日									
備考										松本市受付印欄

※交付されている医療受給者証(兼登録者証)も併せて提出してください。