

小児慢性特定疾病医療受給者証返納届

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を返納します。

記

|                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |         |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|------|-------|---------|
| (対象患者)<br>受診者                   | 受給者番号                                      |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 年 月 日 |         |
|                                 | ふりがな                                       |  |  |  |  |  |  |  |      |       |         |
|                                 | 氏 名  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |         |
| 返納の理由<br>(該当するものに○印<br>をしてください) | 1 治癒<br>2 軽快退院<br>3 死亡<br>4 転出<br>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も併せて提出してください。