

小児慢性特定疾病医療受給者証返還届

年 月 日

(宛先) 姫路市長

(申請者) 住所 〒

氏名

対象者との続柄

電話番号

(※受診者が18歳以上の場合、受診者本人が申請者となります。)

下記の理由により、受診券を返還します。

記

公費負担者番号	受給者番号	医療受診券の有効期間
		. . ~ . .
(フリガナ) 受給者氏名		年 月 日生
返還理由	1 市外転出 転出先(
	2 病気の治癒	
	3 死亡により資格喪失	
	4 その他	
備考		

(注意) 返還理由がその他に該当する場合は、具体的に理由を記入してください。