

小児慢性特定疾病医療受給者証返還届

年 月 日

函館市長 様

次のとおり小児慢性特定疾病医療受給者証を返還します。

1 届出者

住 所	〒 函館市 電話
氏 名	
患者との続柄	父 ・ 母 ・ その他 ()

2 返還理由

1 治癒	2 転出	3 死亡
4 その他 ()		
返還理由が生じた日	年 月 日	

※ 該当する部分を○で囲んでください。

医療受給者証の添付欄	<p>返還する医療受給者証をここに貼り付けてください。</p>
------------	---------------------------------