

(様式7号)

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証返還届

氏名	カタカナ		性別	男 ・ 女
	漢字			
受給者番号				
生年月日	M T S H 年 月 日			
消滅年月日	年 月 日			

[消滅事由・・・該当する事項に○を付けてください。]

1. 死亡した。
2. 熊本県に住所がなくなった。
3. 他法適用・他の医療制度を受けた。 (他法・医療制度)
4. 治癒、軽快。
5. その他 (理由)

上記の理由により受給者証の効力が消滅しましたので届出ます。

年 月 日

熊本県知事 様

住所
届出者
氏名
続柄 (受給者の)