

登録者証(小児慢性特定疾病) 返還届

受給者番号 (医療費助成)							
要 支 援 者	フリガナ					生年月日	
	氏名					年 月 日	
	居住地					電話番号	— —
申 請 者	氏名			要支援者との続柄			
	居住地・電話番号は、要支援者本人と異なる場合に記入してください。						
	居住地					電話番号	— —
交付媒体 ※該当する方を○で囲んでください。		マイナンバー情報連携 ・ 書面(登録者証を添付してください)					
返還理由 (転居、治癒、死亡等)							
返還事由の発生日		年 月 日					
<備考>							
私は、上記の理由により、登録者証(小児慢性特定疾病)を返還します。							
申請者氏名 _____							
年 月 日 熊本県知事 様							

* 書面交付の場合は、「登録者証(小児慢性特定疾病)」を添付してください。

<保健所受付印>	<県庁受付印>
----------	---------

登録者証(小児慢性特定疾病) 返還届

受給者番号 (医療費助成)	1	2	3	4	5	6	7
要 支 援 者	フリガナ	クマモト		ハナコ		生年月日	
	氏名	熊本		花子		令和 ● 年 ● 月 ● 日	
	居住地	八代市●●●町1-2-3				電話番号	090 - ●●●● - ××××
申 請 者	氏名	熊本		太郎		要支援者との続柄	父
	居住地・電話番号は、要支援者本人と異なる場合に記入してください。						
	居住地					電話番号	- -
交付媒体 ※該当する方を○で囲んでください。		<input checked="" type="radio"/> マイナンバー情報連携 ・ <input type="radio"/> 書面(登録者証を添付してください)					
返還理由 (転居、治癒、死亡等)		転居					
返還事由の発生日		令和 ● 年 ● 月 ● 日					
<備考>							
私は、上記の理由により、登録者証(小児慢性特定疾病)を返還します。							
申請者氏名		熊本 太郎					
		令和 ● 年 ● 月 ● 日 熊本県知事 様					

* 書面交付の場合は、「登録者証(小児慢性特定疾病)」を添付してください。

<保健所受付印>	<県庁受付印>
----------	---------