

(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	
	漢 字	
受給者番号		
生年月日		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)		