

指定難病医療受給者証 返還届

受給者	受給者番号						
	フリガナ						
	氏名	性別	男・女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒 ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー 熊本市 区 TEL ()						
返還の理由	1. 死亡 2. 治癒 3. 転出 4. 他法 5. その他 ()						
事実発生日	年 月 日						
<p>記</p> <p>上記の理由により、指定難病医療受給者証を返還します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>熊本市長 様</p> <p>(届出者) 住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 (印) ※ 自署の場合は押印不要です。</p> <p>受給者との続柄</p> <p style="text-align: center;">電話番号 ー ー</p>							

※ 届出の際は、指定難病医療受給者証を添付してください。