

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					生年 月日	年 月 日	年齢	歳
	氏名								
	住所	〒 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								
記									
上記の理由により、指定難病医療受給者証を返還します。 年 月 日 熊本市長 様 (届出者) 住所 氏名 受給者との続柄 電話番号 ー ー									

※ 届出の際は、指定難病医療受給者証を添付してください。