

小児慢性特定疾病医療受給者証返納届

下記の理由により小児慢性特定疾病医療受給者証を返納します。

年 月 日

沖縄県知事 殿

住所

返納者

氏名

(受給者との続柄 :)

返納理由

(①～④を○でかこむこと)

年 月 日

- ① 県外転出 (. .)
② 治癒・軽快 (. .)
③ 死亡 (. .)
④ その他 (. .)

この欄に「小児慢性特定疾病医療受給者証」をのりつけしてください。

☆「受給者証」を紛失された場合は、
下記紛失欄に○をし、次の事項を
記入して下さい。

受給者氏名 :

生年月日 :

受給者番号 :

紛失