

### 先天性血液凝固因子障害等医療受給者証返納届

受給者	受給者番号							
	氏名							
	生年月日	年 月 日						
	住所	(〒 - ) 電話( - - )						
返納理由	県外へ転出	医療不要		死去				
	その他 ( )							
受給者証有効期間	年 月 日から 年 月 日まで							
返納理由発生年月日	年 月 日							
上記理由により、先天性血液凝固因子障害等医療受給者証を返納します。								
年 月 日 (〒 - )								
届出者住所	氏名							保健所收受印欄
(受給者との続柄 )								
保健所長殿								

(注) 交付済み受給者証を必ず添付してください。