

年 月 日

石川県知事 殿

申請者

住所

氏名

(受診者との続柄)

電話

小児慢性特定疾病医療受給者証の返還届

受給者番号	
氏 名	
生年月日	年 月 日

1 返還理由 (該当する者を○印で囲んでください。)

- 1. 治癒
- 2. 県外への転出
- 3. 他法への移行
- 4. 医療券の有効期限が終了
- 5. 死亡
- 6. その他 ()

2 上記の理由が生じた年月日

年 月 日