

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証返還届

年 月 日

山口県知事 様

申請者

〒

住 所

氏 名

患者との続柄 ( )

このことについて、下記の理由により受給者証を返還します。

記

患者氏名		受給者番号								
住 所		医療機関								
返 還 理 由	1 県外転出 2 治ゆ 3 中止 4 死亡 5 有効期間満了 6 その他 ( )									
	年 月 日									
	※									
備 考										

(記入上の注意)

※欄には、転出先及びその理由を記入してください。