

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証返還届

下記のとおり先天性血液凝固因子障害等医療受給者証を返還します。

受給者番号	
受給者氏名	
病名	
返還理由	県外転出 治ゆ 診療中止 死亡 生保 その他（ ）
失効年月日	年 月 日

年 月 日

届出人 住所

氏名

受給者との続柄

大分県知事 殿

(注)先天性血液凝固因子障害等医療受給者証を添付すること。