様式第６号

小児慢性特定疾病医療受給者証返還届

<table>
<tr><td rowspan="4">受診者</td><td>受給者番号</td><td></td><td rowspan="3">生年月日</td><td rowspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">返還の理由</td><td colspan="3">治癒　　死亡　　県外へ転出（　　）　　大分市へ転出
その他（　　）</td></tr>
</table>

〒

申請者住所

連絡先TEL（　　）

受診者との続柄　（　　）

申請者氏名

年　　月　　日

大分県知事　殿

（注）医療受診券を添付して提出してください。