

(様式第5号)

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証返納届

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

佐賀県知事様

返納者	住所	Tel () -	
	氏名		
	受給者との続柄		

返納理由 (○でかこむこと)
① 県外転出 ② 治癒・軽快 ③ 死亡 ④ 他法適用 ⑤ その他 ()
返納事由発生日
年 月 日

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証をのりづけしてください。

※受給者証を紛失された方は、以下の欄に理由を記入してください。

受給者氏名		生年月日	年 月 日
住所			
(紛失理由)			

お預かりした個人情報、先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の返納に関する事務においてのみ使用し、御本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。