

(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。

令和 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

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、下記の欄に理由を記入してください。

受給者番号	.....	受給者氏名	
(紛失理由)			