

様式第10号

年 月 日

石川県知事 殿

申請者

住所

氏名

(受診者との続柄)

電話

先天性血液凝固因子障害等医療券の返還届

受診者番号							
受診者氏名							

1 返還理由 (該当する者を○印で囲んでください。)

1. 治癒・軽快

2. 県外への転出

3. 他法 (生活保護法等) への移行

4. 医療券の有効期限が終了

5. 死亡

6. その他 ()

2 上記の理由が生じた年月日

年 月 日