

様式第5号(第7条関係)

子ども医療費受給者証返納届出書			
受給者	受給者番号		
	氏名		生年月日 年 月 日
	加入保険	国保・社保等(協会けんぽ・組合・船員・共済・国保組合等)	
子ども	氏名		生年月日 年 月 日
	住所	石巻市	
返納の理由	1 助成期間終了 2 転出(転出先 ) 3 死亡 4 その他( )		
証回収	回収年月日	有効期間変更	未回収理由
	年 月 日	年 月 日まで	
備考	上記の理由により子ども医療費助成受給者証を返納します。  年 月 日  石巻市長 殿  住 所 石巻市  受給者 氏 名 ㊟  電話番号		