

子ども医療費受給者証返納届出書

記入例

受給者	受給者番号	受給者証に記載の7桁の番号		
	氏名	受給者(保護者)の氏名	生年	受給者(保護者)の生年月日
	加入保険	国保・社保等(健保・組合・船員・共済) 該当するものに○		
子ども	氏名	子どもの氏名	生年月日	子どもの生年月日
	住所	子どもの住所		
返納の理由	1 助成期間終了 2 転出(転出先 該当するものに○ 転出の場合は転出先住所を記入) 3 死亡 4 その他( )			
証回収	記入不要			
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 記入日

石巻市長(あて)

受給者

住所 石巻市

氏名 受給者(保護者)の住所・氏名・連絡先

電話番号