

(様式第 5 号)

こども医療費受給資格者証返納届

年 月 日

中 津 市 長 あて

申請者 (保護者)	住所	〒 ー 中津市 電話 ー ー
	氏名	(こどもとの続柄)

下記のこどもに係るこども医療費受給資格者証を返納します。

記

受給者番号							
こ ど も	フリガナ				男 ・ 女	生年月日	
	氏 名					年 月 日	
	住 所	中津市					
返 納 の 理 由		該当する番号に○をしてください。 1 助成期間終了 2 転出 (転出先:) 3 死亡 4 生活保護該当 5 その他 ()					
備 考	被保険者名 記号・番号 保険者名 保険者番号						
	異動日						