

(様式第5号)

## 子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	〒 _____ 中津市 電話 _____
	氏名	(子どもとの続柄 _____)

下記の子どもに係る子ども医療費受給資格者証を返納します。

記

受給者番号							
子 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							