

様式第5号(第7条関係)

乳幼児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
	住所			続柄
	加入保険	国保 ・ 社保等（政管・組合・船員・共済・国保組合等）		
	記号番号			
	保険者名			
乳幼児	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
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（ _____）			
備考				
上記の理由により乳幼児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 _____ 印				

