

# 記入例

## 子ども医療費受給者証返納届出書

受給者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	保護者の氏名、生年月日、住所、 加入している保険を記入		
	加入保険			
	記号番号			
	保険者名			
子ども	氏名	三陸 花子	生年月日	令和●年●月●日
	氏名		生年月日	年 月 日
	氏名	チェック	生年	子どもの氏名、生年月日を 記入
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者の住所と同じ		
返納の理由	1 助成期間満了 2 転出 (転出先：仙台市 令和●年●月●日 転出 ) 3 死亡 ( 年 月 日死亡 ) 4 その他 ( )			
備考	返納の理由に○を付けてください。 転出の場合は、転出先と届出日を 記入してください			

上記の子ども医療費受給者証を返納します。

令和●年●●月●●日

南三陸 様

申請日を記入

住所 南三陸町志津川字沼田●●番地

受給者

氏名 三陸 太郎

保護者の住所、氏名を記入