

受付者	入力者	確認者

## 子ども医療費受給資格証返還届

令和 年 月 日

(宛先) 上尾市長

《申請者》

住 所 上尾市

氏 名

電 話

次の理由により、子ども医療費受給資格証返還の届出をします

### 【返還理由】

(○で囲んでください)

転出

死亡

保護者の変更

ひとり親家庭等医療への変更

重度心身障害者医療への変更

生活保護開始

その他

( )

### 【事由発生日】

H・R 年 月 日

※転出予定日が未来日の場合スタンプ

--

### 【資格証添付欄】

資格証を添付してください。  
資格証を添付できないときはご記入をお願いします。

1 こどもの氏名

生年月日

受給者番号

2 こどもの氏名

生年月日

受給者番号

3 こどもの氏名

生年月日

受給者番号

本日、資格証を返還する場合

→「添付欄」に添付してください。

本日、資格証を持参していないため、後日返還する場合

→「添付欄」に対象者氏名・生年月日を記入してください。後日、返還をお願い致します。

転出予定日が未来日のため、転出予定日の前日まで使用する場合

→「添付欄」に対象者情報を記入してください。(有効期限を訂正。返還は不要)