

こども医療費助成制度申請事項変更（消滅）届

医療証 番号	負担者番号	8	8	1	3					8	8	1	3					8	8	1	3				
	受給者番号																								
児童氏名																									
生年月日		年 月 日								年 月 日															

申請事項の変更の場合

(変更年月日： 年 月 日)

新住所	
旧住所	

児童氏名(新)			
児童氏名(旧)			
保護者氏名(新)			
保護者氏名(旧)			

※ 新 加 入 保 険	被保険者氏名													
	被保険者記号番号	記号						番号						(枝番)
	保険者番号							保険者名						

※対象児童の健康保険証（写し）の添付がある場合は、記入不要です。

受給資格消滅の場合

(消滅年月日： 年 月 日)

消 滅 理 由	1. 他の区市町村に転出 : 全員 ・ 一部 転出先： 〒 - 電話 () -	
	2. 児童を扶養しなくなった	3. 生活保護の受給を開始した
	4. 他制度に移行した (親 ・ 障)	5. 生計中心者が変更になった
	6. その他 ()	

上記のとおり、こども医療費助成制度の申請事項が変更
受給資格が消滅 しましたので届け出ます。

年 月 日

国立市長 殿

住所 国立市

氏名 _____