

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	国立市	電話（ ）	—
旧住所	国立市		

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			
	保険者番号									保険者名				

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



（注） 記名押印に代えて、署名することができます。