第６号様式（第１３条関係）

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　１３	８　１３	８　１３
	受給者番号			
児童氏名				
生年月日		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