

子

義務教育就学児医療費助成制度申請



変更

届

受付印



消滅

次のとおり、申請事項に変更(消滅)がありましたので届け出ます。

令和 5年 5月 15日

該当箇所 に レ を つ け て く だ さ い ↓	医療証 番 号	負担者番号	8	8	1	3	1	3	4	7						
		受給者番号	3	0	1	2	3	4	5			3				
	保 護 者	フリガナ	コダイラ タロウ									生 年 月 日				
		氏 名	小平太郎									昭和	63	1	1	日
	住 所	※転居・転出の場合は旧住所を記入 小平市 小平市小川町2-1333														
連 絡 先	自宅 042 (346) 9544 携帯 090 (1234) 567△															
変 更 (消 滅) 年 月 日	令和 5 年 5 月 1 日															
<input checked="" type="checkbox"/>	住 所 変 更	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者と対象乳幼児 <input type="checkbox"/> 保護者のみ <input type="checkbox"/> 対象乳幼児のみ	新 住 所	小平市学園東町1-19-12												
<input type="checkbox"/>	保 険 変 更	被保険者番号	記号	1234				番号	56789							
		被保険者氏名	小平太郎				保護者との続柄	本人・()								
		保 險 者	番号	0	1	1	3	0	0	1	2					
名 称	東京支部				国民健康保険 健康保険組合 共済組合 全国健康保険協会											
<input type="checkbox"/>	氏 名 変 更	変更前氏名	小平 ハナコ													
		変更後氏名	小平 花子													
<input type="checkbox"/>	資 格 消 滅 の 場 合	消 滅 理 由	<input checked="" type="checkbox"/> 小平市以外に転出 (転出先住所) □□□県○○○市△△△町1-2-3													
			<input type="checkbox"/> 他の医療費助成受給 (制度の名称 生活保護)													
			<input type="checkbox"/> 死亡													
			<input type="checkbox"/> 児童を扶養しなくなった (理由) <input type="checkbox"/> 離婚による <input type="checkbox"/> 所得の関係による													
			<input type="checkbox"/> その他 (対象乳幼児が施設に入所した)													
備考	<input type="checkbox"/> 医療証差替え済 <input type="checkbox"/> 医療証回収済 <input type="checkbox"/> 医療証未回収										受付					