



乳幼児医療費助成制度申請事項

変更
 消滅 届

受付印

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	8	3	4	2				
		受給者番号	5	0	1	2	3	4	5	5				
	5		0	0	1	2	3	4	5					
	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年		1月
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		