様式第５号（第10条関係）

入　力	医療証

高校生等医療費助成
申 請 事 項 変 更 （ 消 滅 ） 届

受給者番号	高校生等の氏名	生年月日
		年　月　日

１　申請事項が次のとおり変更しましたので届け出ます。

住　所	（新）			
	（旧）　国分寺市			
氏　名	保護者	（新）	（旧）	
	高校生等	（新）	（旧）	
加入保険	種類	１　国　保　２　組合国保　３　組　合　４　協　会 ５　共　済　６　その他（　　）		
	被保険者氏名		高校生等との続柄	
	記　号		保険者名	
	番　号			
	保険者番号		所在地	
その他				

２　受給資格が消滅しましたので届け出ます。

消滅理由	１　他の市区町村に転出 （転出先　　電話番号　　） ２　生活保護受給 ３　死亡 ４　その他（　　）

変更・消滅年月日	年　　月　　日

※ 番号を付けてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

国分寺市長 殿

年　　月　　日

保護者　住　所
氏　名
電話番号

※母子のみで転出⇒消滅通知は保護者である父宛てに送付してよい

☐ はい　☐ いいえ（宛先：　　）

	消滅	変更	
事務処理欄	☐ 日付修正または回収	☐ 医療証有 ⇒	☐ 交換済み　☐ 後日郵送希望（医療証回収済み）
	☐ 郵送回収指示	☐ 医療証無	☐ 希望なし