

保険変更 記入例

こちらの変更届とともに、お子さまの新しい資格確認書等をご提出ください。

乳幼児医療費助成
申請事項変更（消滅）届

受給者番号	児童の氏名	生年月日
	国分寺 太郎	●●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。

同じ制度で対象のお子さまが複数いる場合、全員の氏名と生年月日をご記入ください。

記載不要です

資格確認書等の認定年月日を記入

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

記入した日

保護者 住 所
氏 名
電話番号

●●年 ●●月 ●●日

国分寺市●町●丁目●番地

国分寺 一郎

医療証記載の保護者名を記入

042-●●●●-●●●●

※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：

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