

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お持ちの場合は写しを一緒にご提出ください。

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

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

加入保険	種類	1 国保 5 共済	2 組国保 6 その他 ()	3 組合	4 協会
	被保険者氏名	国分寺 一郎		児童との続柄	父
	記号	00000	保険者名	●●健康保険組合	
	番号	111			
	保険者番号	00000000	所在地	記載不要です	

記載不要です

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 ()

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
042-●●●●-●●●●

医療証記載の保護者名を記入

※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