

入 力	医療証

義務教育就学児医療費助成 申 請 事 項 変 更 （ 消 滅 ） 届

受 給 者 番 号					児 童 の 氏 名			生 年 月 日		
								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)	
	児 童	(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				児 童 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

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:)

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	