

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

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:)

事務処理欄	消 滅	変 更
	☐ 日付修正または回収 ☐ 郵送回収指示	☐ 医療証有 ⇒ ☐ 交換済み ☐ 後日郵送希望(医療証回収済み) ☐ 医療証無 ☐ 希望なし
		保険変更: ☐ マイナンバー連携による照会 ☐ 資格確認書等の提出あり