

入力	医療証

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
		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 組回国保 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"/> 医療証無 <input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 後日郵送希望(医療証回収済み)