

市受付印



申請事項変更 (消滅) 届

(宛先) 小金井市長

受付者

下記のとおり、医療費助成の(申請事項が変更・受給資格が消滅)しましたので届け出ます。

年 月 日届出

1 共通で記入 記

義務教育就学児医療証の記載内容									
医療証番号	負担者番号						受給者番号		
		8	8	1	3		3	3	
児童名						児童生年月日	年 月 日		
保護者氏名						住所	小金井市		
変 更 ・ 消 滅 年 月 日									
年 月 日									

2 変更の場合に記入

変 更		届 前	
変更事項	変更後	変更前	
市内転居	住所	小金井市	小金井市
	電話 ()	電話 ()	
現在の医療証を添付すること。			
保険変更	児童の加入保険	1 国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他 ()	1 国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他 ()
	新しい保険証の写しを添付すること。		
氏名変更	保護者の氏名		
	児童の氏名		
現在の医療証と新しい保険証の写しを添付すること。			

3 消滅の場合に記入

消 滅 届	
消滅理由	1 転出 転出先住所: _____
	2 生活保護受給 電話 ()
	3 死亡
	4 その他 ()
現在の医療証を添付すること。	

市 記 入 欄			
不足書類	<input type="checkbox"/> 課税証明書 (申請者) 年度分	<input type="checkbox"/> 保険証 (児童)	
	<input type="checkbox"/> 課税証明書 (配偶者) 年度分	<input type="checkbox"/> その他 ()	
連絡事項			