

市受付印

乳 子 青

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、医療費助更・受給資格が消滅しましたので届出します。

記入例

届出書提出日を記入

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	1	3	3	9	1	0	0	0	0	0	0
児童氏名	小金井 一郎				児童生年月日	西暦・平成 22年1月1日								
保護者氏名	小金井 太郎				住所	小金井市本町6-6-3								
変更・消滅 年 月 日														
西暦・令和 6年 10月 1日														

変更・消滅になった日を記入してください。

2 変更の場合に記入

変更事項		変更後	変更前
市内転居	住所	小金井市 電話 ()	小金井市 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。			
個人番号変更	変更者の氏名 個人番号		

3 消滅の場合に記入

消滅理由	届
1 転出 転出先住所:	
2 生活保護受給	電話 042 (000) 0000
3 死亡	
4 その他 (主たる生計維持者の変更のため)	
現在の医療証を添付すること。	

受給資格消滅の方は、この欄へ記入してください。

【記入・申請上の注意】

- ・義務教育就学児医療証と児童の加入している健康保険証を参照してご記入ください。
- ・申請(届)は郵送でも受け付けますが、普通郵便で郵送した場合の事故については、一切責任を負いませんので、ご心配な方は「簡易書留郵便」をご利用ください。

【記載するところ】

「1 共通で記入」欄及び「3 消滅の場合に記入」欄にご記入ください。

※記載についてご不明な場合は、お問い合わせください。

【現在の医療証は9月30日までお使いいただけます。お手元にお持ちください。】

変更(消滅)届郵送時、封筒に貼付し宛名ラベルとしてご使用ください。

〒184-8504
小金井市本町六丁目6番3号

小金井市役所
子育て支援課 手当助成係 行

(マル子 変更(消滅)届在中)

※申請用封筒・切手はご自分でご用意ください。

ご不明な点は、お問い合わせください。

【問合せ先】

小金井市 子ども家庭部
子育て支援課 手当助成係

電話042-387-9839 (ダイヤルイン)

