

市受付印

受付者



申請事項変更 (消滅) 届

(宛先) 小金井市長

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

乳 幼 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		
乳幼児氏名					乳幼児生年月日	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	( )	( )
現在の医療証を添付すること。			
保険変更	乳幼児の加入保険	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		
	乳幼児の氏名		
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 (乳幼児) <input type="checkbox"/> 課税証明書 (配偶者) 年度分 <input type="checkbox"/> その他 ( )
連絡事項	