



高校生等医療費助成制度申請事項

変更
 消滅 届

受付印

次のとおり、申請事項に変更(消滅)がありましたので届け出ます。

令和 5年 5月 15日

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------|---|---|----------------|---|---|---------|--------|-------|---|---------|----|--|---|----|
| 該当箇所 に レ を つ け て く だ さ い ↓ | 医療証 番 号 | 負担者番号 | 8 | 9 | 1 | 3 | 1 | 3 | 4 | 6 | | | | | |
| | | 受給者番号 | ※ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ※ | | | | | |
| | 保 護 者 | フリガナ | コダイラ タロウ | | | | | | | | 生 年 月 日 | | | | |
| | | 氏 名 | 小平太郎 | | | | | | | | 昭和 | 63 | 1 | 1 | 平成 |
| | | 住 所 | ※転居・転出の場合は旧住所を記入 小平市 小平市小川町2-1333 | | | | | | | | | | | | |
| 連 絡 先 | | 自宅 042 (346) 9544 携帯 090 (1234) 567△ | | | | | | | | | | | | | |
| 変 更 (消 滅) 年 月 日 | | 令和 5 年 5 月 1 日 | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 住 所 変 更 | <input checked="" type="checkbox"/> 保護者と対象乳幼児 <input type="checkbox"/> 保護者のみ <input type="checkbox"/> 対象乳幼児のみ | 新 住 所 | 小平市学園東町1-19-12 | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 保 険 変 更 | 被保険者番号 | 記号 | 1234 | | | | 番号 | 56789 | | | | | | |
| | | 被保険者氏名 | 小平太郎 | | | | 保護者との続柄 | 本人・() | | | | | | | |
| | | 保 險 者 | 番号 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 2 | 名称 | 東京支部 国民健康保険 健康保険組合 共済組合 全国健康保険協会 | | |
| <input type="checkbox"/> | 氏 名 変 更 | 変更前氏名 | 小平 ハナコ | | | | | | | | | | | | |
| | | 変更後氏名 | 小平 花子 | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 資 格 消 滅 の 場 合 | 消 滅 理 由 | <input checked="" type="checkbox"/> 小平市以外に転出 (転出先住所) □□□県○○○市△△△町1-2-3 | | | | | | | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 他の医療費助成受給 (制度の名称 生活保護) | | | | | | | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 死亡 | | | | | | | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 児童を扶養しなくなった (理由) <input type="checkbox"/> 離婚による <input type="checkbox"/> 所得の関係による | | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> その他 (対象高校生が施設に入所した) | | | | | | | | | | | | | |
| 備 考 | | <input type="checkbox"/> 医療証差替え済 <input type="checkbox"/> 医療証回収済 <input type="checkbox"/> 医療証未回収 | | | | | | | | | | 受付 | | | |