



乳幼児医療費助成制度申請事項

変更 届  
 消滅



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 年 月 日

該当箇所にしをつけてください↓	医療証番号	負担者番号	8	8	1	3														
		受給者番号	5																	
	5																			
	保護者	フリガナ												生年月日						
		氏名												昭和・平成 年 月 日						
住所		※転居・転出の場合は旧住所を記入 小平市																		
連絡先		電話	( )					携帯	( )											
変更(消滅)年月日		令和 年 月 日																		
<input type="checkbox"/>	住所変更	<input type="checkbox"/> 保護者と対象乳幼児	新住所																	
		<input type="checkbox"/> 保護者のみ																		
		<input type="checkbox"/> 対象乳幼児のみ																		
<input type="checkbox"/>	保険変更	被保険者番号	記号											番号						
		被保険者氏名											保護者との続柄	本人・( )						
		保険者	番号											国民健康保険 健康保険組合 共済組合 全国健康保険協会						
名称																				
<input type="checkbox"/>	氏名変更	変更前氏名																		
		変更後氏名																		
<input type="checkbox"/>	資格消滅の場合	消滅理由	<input type="checkbox"/> 小平市以外に転出 (転出先住所)																	
			<input type="checkbox"/> 他の医療費助成受給 (制度の名称 )																	
			<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 ( )																	
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					