



乳幼児医療費助成制度申請事項

変更
 消滅 届



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											名称	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																			
		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				