



義務教育就学児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 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	1	3	4	7														
		受給者番号	3																					
	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"/> 保護者と対象児童	新住所																					
		<input type="checkbox"/> 保護者のみ																						
		<input type="checkbox"/> 対象児童のみ																						
<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																		受付				
		<input type="checkbox"/> 医療証回収済																						
		<input type="checkbox"/> 医療証未回収																						