

子ども医療費助成申請事項変更・資格消滅届

受給者番号	子どもの氏名	生年月日	子どもの種別
年 月 日		年 月 日	乳幼児 小中学生 高校生等
年 月 日		年 月 日	乳幼児 小中学生 高校生等
年 月 日		年 月 日	乳幼児 小中学生 高校生等

1 医療費助成の申請事項が次のとおり変更しましたので、届け出ます。

① 住所	新) 北区 丁目 番号
	旧) 北区 丁目 番号
② 子ども氏名	新) _____ 旧) _____
③ 保護者氏名 (個人番号)	新) _____ 旧) _____
④ 加入保険	新) 1 健保組合 2 社保 3 共済組合 4 国保組合 5 国保 ※新しい保険証の写しを添付
	旧) 1 健保組合 2 社保 3 共済組合 4 国保組合 5 国保
⑤ 加入年金	新) 1 厚生 2 国民 3 共済(公務員以外) 4 未加入 5 共済(公務員)
	旧) 1 厚生 2 国民 3 共済(公務員以外) 4 未加入 5 共済(公務員)

2 医療費助成の受給資格が消滅しましたので、届け出ます。

消滅理由	1 他の医療費助成制度を受けることになった(制度名 _____) 2 生活保護受給 3 死亡 4 転出 5 その他(_____)
------	--

変更・資格消滅年月日	年 月 日
------------	-------

年 月 日

東京都北区長 殿

受 付	確 認

保護者住所

電話 (_____)

保護者氏名

医療証回収済 /
未回収

指導済→返送用封筒交付済
後日持参予定

子ども医療費助成申請事項変更・資格消滅届

受給者番号							子どもの氏名	生年月日	子どもの種別
0	0	0	0	0	0	0	北 今太郎	○年 ○月 ○日	乳幼児 <input checked="" type="radio"/> 小中学生 高校生等
9	9	9	9	9	9	9	北 次郎	○年 ○月 ○日	<input checked="" type="radio"/> 乳幼児 小中学生 高校生等
								年 月 日	乳幼児 小中学生 高校生等

1 医療費助成の申請事項が次のとおり変更しましたので、届け出ます。

① 住 所	新) 北区 丁目 番 号
	旧) 北区 丁目 番 号
② 子ども氏名	新) <input type="text"/> 旧) <input type="text"/>
③ 保護者氏名 (個人番号)	新) <input type="text"/> 旧) <input type="text"/>
④ 加入保険	新) 1 健保組合 2 社 保 3 共済組合 4 国保組合 5 国 保 ※新しい保険証の写しを添付
	旧) 1 健保組合 2 社 保 3 共済組合 4 国保組合 5 国 保
⑤ 加入年金	新) 1 厚生 2 国民 3 共済 (公務員以外) 4 未加入 5 共済 (公務員)
	旧) 1 厚生 2 国民 3 共済 (公務員以外) 4 未加入 5 共済 (公務員)

記入不要

2 医療費助成の受給資格が消滅しましたので、届け出ます。

消 滅 理 由	1 他の医療費助成制度を受けることになった (制度名 <input type="text"/>)
	2 生活保護受給
	3 死亡
	<input checked="" type="radio"/> 4 転出 ←北区から転出するとき
	5 その他 (<input type="text"/>)

該当する番号に○

変更・資格消滅年月日	(転出予定日・消滅日) ○年 ○月 ○日
------------	----------------------

(記入日) ○年 ○月 ○日

東京都北区長 殿

受 付 確 認	

保護者住所 (転出先住所)
埼玉県川口市○丁目○番○号

電話 080 (0000)0000 (母)

保護者氏名 北 太郎 (父)

医療証回収済 /
未回収

指導済→返送用封筒交付済
後日持参予定