

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	1 乳幼児 2 小中学生
年 月 日		年 月 日	1 乳幼児 2 小中学生
年 月 日		年 月 日	1 乳幼児 2 小中学生

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	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

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	1 乳幼児 <input checked="" type="radio"/> 2 小中学生
9	9	9	9	9	9	9	北 次郎	○年 ○月 ○日	<input checked="" type="radio"/> 1 乳幼児 2 小中学生
								年 月 日	1 乳幼児 2 小中学生

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	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)	

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)
	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 ()

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)