

子ども医療費助成制度申請事項変更(消滅)届

新証発行 済・未

子	乳	
---	---	--

負担者番号		子ども
受給者番号		氏名
負担者番号		子ども
受給者番号		氏名
変更事由	氏名	(変更前氏名)
	住所	多摩市 ☎ ()
	保険証	種類 : 健保組合・全国健保・共済(公務員)・共済(その他) 多摩市国保・国保組合
		子どもからみた被保険者との続柄 : 父 ・ 母 ・ その他()
		※ 保険証の写しを添付(多摩市国保の場合は省略できます。)
その他	・別居監護の開始 ・別居監護の解消 ・その他()	
消滅事由	転出	他の区市町村へ転出した。 新住所 ☎ ()
		生活保護を受けるようになった。 開始日 年 月 日
		他の医療費助成制度を受けるようになった。(親・障) 開始日 年 月 日
	その他	・主たる生計維持者の変更 ・監護しなくなった ・その他()
変更(消滅)年月日		令和 年 月 日
<p>申請事項が変更 上記のとおり、子ども医療費助成制度の したので届け出ます。 受給資格が消滅</p> <p>令和 年 月 日 多摩市長 殿</p> <p>住所 _____ 氏名 _____ 印</p>		