

例) 保険変更の場合

負担者番号	8	8	1	3	1	4	7	9	子ども フリガナ 氏名	多 摩 花 子
受給者番号	2	3	4	5	■	■	■	×		
負担者番号	8	8	1	3	8	4	7	4	子ども フリガナ 氏名	多 摩 草 生
受給者番号	1	2	3	4	■	■	■	×		

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( )
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。) ・別居監護の開始 ・別居監護の解消 ・その他( )		

お子様の保険証の写しを添付してください。

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	平成 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
	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 平成 25 年 1 月 1 日

上記のとおり、子ども医療費助成制度の申請事項が変更されたので届け出ます。  
受給資格が消滅

平成 25 年 2 月 5 日  
多摩市長 殿

医療証の「保護者」名をご記入ください。

住所 多摩市関戸6-12-1  
氏名 多摩太郎 多摩 印