


子ども医療費助成制度申請事項変更(消滅)届

子 乳

負担者番号	8	8	1	3	1	4	7	9	子ども	タマ ヒジリ 多摩 聖
受給者番号	1	2	3	4	5	6	7		氏名	
負担者番号	8	8	1	3	8	4	7	4	子ども	タマ イチコ 多摩 一子
受給者番号	1	2	3	4	5	6	7		氏名	
変更事由	氏名	医療証に記載されている番号をご記入ください							(変更前氏名)	
	住所	多摩市 関戸6-12-1 転居先のご住所をご記入ください							☎ ( 042 ) 〇〇〇-〇〇〇〇	
	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								
	その他	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								
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 2 年 3 月 31 日							転居日をご記入ください	
<p>上記のとおり、子ども医療費助成制度の <b>申請事項が変更</b> したので届け出ます。                  受給資格が消滅                  令和2年 4月 1日                  多摩市長 殿</p> <p>住所 多摩市関戸6-12-1 転居先のご住所をご記入ください</p> <p>氏名 多摩 太郎 医療証に記載されている保護者名をご記入ください </p>										