

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		フリガナ 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		フリガナ 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 ☎ () -								
	保険証	種 類 <u>健保組合</u> ・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 : <u>父</u> ・ 母 ・ その他() ※ 保険証の写しを添付								
	その他	・別居監護の開始 ・別居監護の解消 ・その他() お子様の健康保険の資格が確認できるものを添付してください 例:健康保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書、マイナポータルの資格情報画面等								
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 4 月 1 日	
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 令和2 年 4 月 5 日 多摩市長 殿 住所 多摩市関戸6-12-1 多摩市のご住所 をご記入ください 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 多摩 印										