

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

青		子		乳	
---	--	---	--	---	--

負担者番号								子ども	
受給者番号								フリガナ 氏名	
負担者番号								子ども	
受給者番号								フリガナ 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							
-----------	--	----------	--	--	--	--	--	--	--

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 年 月 日

多摩市長 殿

住所 _____

氏名 _____