

記入例

※ 添付書類 ※

お子様全員の保険証のコピーをこの書類の裏面に貼り付けてください

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	1	2	3	4	5	6	7	8	子ども	タマ 多摩	ハナ 花
受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	/	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		

医療証をお持ちのお子様全員のお名前をご記入ください

※お子様が三人以上いる場合は、枠を分割して記入してください。その場合の負担者・受給者番号は省略可能です

変更事由	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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・主たる生計維持者の変更 ← 丸をする ・監護しなくなった ・その他() 											

変更(消滅)年月日

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 **受給資格が消滅** したので届け出ます。

令和 ○年 △月 ☆日

記入日

多摩市長 殿

今まで児童手当を受けていた人(今回資格が消滅になった人)のお名前を書いてください

住所 多摩市関戸○ - △ - □

氏名 多摩 太郎

多摩