

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 ☎ () -										
	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											
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 ●●県▲▲市■町1111							転出先のご住所 をご記入ください	☎ (●●●) ▲▲▲ - ■■■■		
		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						転出日をご記入ください			
<p>申請事項が変更</p> <p>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。</p> <p>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</p> <p>氏名 多摩 太郎</p> <p>多摩市のご住所 をご記入ください</p> <p>医療証に記載されている 保護者名をご記入ください</p> <p>多摩 印</p>												