

入力	医療証

乳幼児医療費助成制度
申請事項変更(消滅)届

受給者番号	乳幼児の氏名	生年月日
		年 月 日

1 申請事項が次のとおり変更しましたので届け出ます。

住 所	(新)		
	(旧)		
氏 名	保護者	(新)	(旧)
	乳幼児	(新)	(旧)
加入保険	種 類	1 国 保 2 組 合 国 保 3 組 合 4 協 会 5 共 済 6 その他 ()	
	被保険者氏名		乳幼児との続柄
	記 号		保険者名
	番 号		
	保険者番号		所在地
加入年金	1 厚生年金 2 私学共済 3 国家共済 4 地方共済 5 国民年金 6 未加入 7 その他 ()		
そ の 他			

2 受給資格が消滅しましたので届け出ます。

消 滅 理 由	1 他の市区町村に転出 (転出先 電話番号)		
	2 生活保護受給		
	3 死亡		
	4 その他 (離婚・離婚前提別居・結婚・)		

変更・消滅年月日	年 月 日
----------	-------

※ 番号を付けてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

あきる野市長 殿

年 月 日

保護者 住 所

氏 名

電話番号

印

記名押印に代えて署名することができます。

乳幼児医療費助成制度
申請事項変更(消滅)届

人	力	医療証

① 受給者番号	② 乳幼児の氏名	③ 生年月日 年 月 日
---------	----------	-----------------

1 申請事項が次のとおり変更しましたので届け出ます。

住所	(新)	
	(旧)	
氏名	保護者 (新)	(旧)
	乳幼児 (新)	(旧)
加入保険	種類	1 国保 2 組合国保 3 組合 4 協会 5 共済 6 その他 ()
	被保険者氏名	乳幼児との続柄
	記号 番号	保険者名
	保険者番号	所在地
加入年金	1 厚生年金 2 私学共済 3 国家共済 4 地方共済 5 国民年金 6 未加入 7 その他 ()	
	その他	

2 受給資格が消滅しましたので届け出ます。

消滅理由	1 他の市区町村に転出 (転出先 電話番号)
	2 生活保護受給
	3 死亡
	4 その他 (離婚・離婚前特別居・結婚・)

変更・消滅年月日	年 月 日
----------	-------

※ 番号を付けてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

あきる野市長 殿

保護者 住所	年 月 日
氏名	⑥
電話番号	印

記名押印に代えて署名することが出来ます。

申請事項が変更した場合

- ① 受給者番号を記入してください。
- ② 児童の氏名を記入してください。
- ③ 児童の生年月日を記入してください。
- ④ 変更した事項を記入してください。
(加入保険・加入年金は変更後の内容のみ)
- ⑤ 変更年月日を記入してください。
(例：加入保険は資格取得日、住所は異動日)
- ⑥ 届出日、住所、氏名、電話番号を記入してください。
(医療証に記載されている保護者の住所、氏名を記入してください。)

乳幼児医療費助成制度
申請事項変更(消滅)届

人	力	医療証

① 受給者番号	② 乳幼児の氏名	③ 生年月日 年 月 日
---------	----------	-----------------

1 申請事項が次のとおり変更しましたので届け出ます。

住所	(新)	
	(旧)	
氏名	保護者 (新)	(旧)
	乳幼児 (新)	(旧)
加入保険	種類	1 国保 2 組合国保 3 組合 4 協会 5 共済 6 その他 ()
	被保険者氏名	乳幼児との続柄
	記号 番号	保険者名
	保険者番号	所在地
加入年金	1 厚生年金 2 私学共済 3 国家共済 4 地方共済 5 国民年金 6 未加入 7 その他 ()	
	その他	

2 受給資格が消滅しましたので届け出ます。

消滅理由	1 他の市区町村に転出 (転出先 電話番号)
	2 生活保護受給
	3 死亡
	4 その他 (離婚・離婚前特別居・結婚・)

変更・消滅年月日	年 月 日
----------	-------

※ 番号を付けてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

あきる野市長 殿

保護者 住所	年 月 日
氏名	⑥
電話番号	印

記名押印に代えて署名することが出来ます。

受給資格が消滅した場合

- ① 受給者番号を記入してください。
- ② 児童の氏名を記入してください。
- ③ 児童の生年月日を記入してください。
- ④ 消滅理由を記入してください。
- ⑤ 消滅年月日を記入してください。
(転出のときは、転出予定日を記入してください。)
- ⑥ 届出日、住所、氏名、電話番号を記入してください。
(医療証に記載されている保護者の住所、氏名を記入してください。)