

様式第6号（第13条関係）

市受付印

① 申請事項変更（消滅）届

受付者

下記のとおり、医療費助成の（申請事項が変更・受給資格が消滅）しましたので届け出ます。

_____年 月 日届出

1 共通で記入 記

義務教育就学児医療証の記載内容											
医療証番号	負担者番号						受給者番号				
	8	8	1	3	3	3					
児童氏名						児童生年月日	年 月 日				
保護者氏名						住所					
変 更 ・ 消 滅 年 月 日											
年 月 日											

2 変更の場合に記入

変 更 届			
変更事項	変更後		変更前
市内転居	住所	小金井市 電話（ ） -	小金井市 電話（ ） -
現在の医療証を添付すること。			
保険年金変更	児童の加入保険	1 国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他（ ）	1 国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他（ ）
新しい保険証の写しを添付すること。			
氏名変更	保護者の氏名		
	児童の氏名		
現在の医療証と新しい保険証の写しを添付すること。			
個人番号変更	変更者の氏名		
	個人番号		

3 消滅の場合に記入

消 滅 届	
消滅理由	1 転出 転出先住所： _____
	2 生活保護受給 電話（ ） - _____
	3 死亡
	4 その他（ _____ ）
現在の医療証を添付すること。	

市 記 入 欄			
不足書類	<input type="checkbox"/> 課税証明書（申請者）	年度分	<input type="checkbox"/> 保険証（児童）
	<input type="checkbox"/> 課税証明書（配偶者）	年度分	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
連絡事項			