

乳幼児、義務教育就学児及び
高校生等療費助成制度
申請事項変更（消滅）届

入 力	医療証

受 給 者 番 号	児 童 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) 小金井市		
	(旧) 小金井市		
氏 名	保護者 (新) (旧)		
	児 童 (新) (旧)		
加入医療保険	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		児 童 と の 続 柄
	記 号		保険者名
	番 号		
	保 険 者 番 号		所 在 地
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 ()		
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。

小金井市長 殿 年 月 日

保護者 住 所
氏 名
電話番号

不 足 書 類	加入医療保険(本人・児童) その他() ☐ 依頼済(/)	市受付印 受付者
備考	※他制度受給状況：児扶・育成・マル親・住宅	