

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		
	記 号		
	番 号		
	保険者番号		
	所在地		
その他			

市内で転居の場合には
新旧住所を記入ください

氏名が変更になった
場合には新旧氏名を
記入ください。

児童の加入医療保険が変更
になった場合には、*児童の
加入医療保険のわかるものを
添付してください。こちらには
従前の加入保険情報をご記入
ください。

2 受給資格が消滅しましたので届け出ます。

消 滅 理 由	1 他市区町村に転出 (転出先: A県B市)	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

資格が消滅になる場合
には当てはまる番号に
丸を付けてください。

※ 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	保護者 住 所 氏 名 電話番号
---------	------------------------

記入日・保護者の氏名・
電話番号をご記入くださ
い。

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

【記入・申請上の注意】

- ・医療証と資格確認書またはマイナ保険証を参照してご記入ください。
- ・申請（届）は郵送でも受け付けますが、普通郵便で郵送した場合の事故については、一切責任を負いませんので、ご心配な方は「簡易書留郵便」をご利用ください。

【記載するところ】

(1) 小金井市内で転居した方

変更事項の住所の欄に、新旧住所を記載してください。届出は、お手元の医療証（旧住所が記載されているもの）を添付してください。変更年月日は、市民課で異動年月日として届け出た日となります。

(2) 小金井市から転出する方

消滅理由の「1 他市区町村に転出」に○をつけ、転出先の都道府県名と市区町村名をご記入ください。消滅年月日は、市民課で「転出予定日」として届け出た日を記載してください。届出は、お手元の医療証を添付してください。なお、小金井市での医療費助成は、転出予定日の前日までとなりますのでご注意ください。

(3) 児童の加入する医療保険証が変更になった方

変更事項「加入医療保険」の該当番号に○をつけてください。変更年月日は新しい保険証の「認定日」を記載してください。届出は、*児童の加入医療保険のわかるものを提示してください。なお、医療証はそのままお使いください。

(4) 氏名が変更になった方

変更事項「氏名変更」欄に新旧氏名を記載してください。変更年月日は、戸籍届を届け出た日を記載してください。届出は、*児童の加入医療保険のわかるものと旧氏名が記載されている医療証を添付してください。

※記載についてご不明な場合は、お問い合わせください。

【変更（消滅）届に添付するもの】

市 内 転 居 : 医療証
市 外 転 出 : 医療証
氏 名 変 更 : 医療証と児童の加入医療保険のわかるもの
保 険 変 更 : 児童の加入医療保険のわかるもの
生活保護 受給 : 医療証

*加入医療保険のわかるものとは

マイナ保険証や資格確認証のこと。

- ①マイナ保険証の場合には、保険情報を子育て支援課でマイナンバーを用いて確認させていただきます。
- ②マイナ保険証をお持ちでない場合、また、その確認をご希望されない場合には以下のいずれかの書類が必要となります。

- ・資格確認書
- ・医療保険の保険者から交付される「資格情報のお知らせ」
- ・マイナポータルから出力した資格情報画面
- ・従来の健康保険証（令和7年12月1日まで）

変更（消滅）届郵送時、封筒に貼付し宛名ラベルとしてご使用ください。

※申請用封筒・切手はご自分で
ご用意ください。

ご不明な点は、お問い合わせください。
【問合せ先】

小金井市 子ども家庭部
子育て支援課 手当助成係

電話042-387-9839（ダイヤルイン）

〒184-8504
小金井市本町六丁目6番3号

小金井市役所
子育て支援課 手当助成係 行

（医療費助成 変更（消滅）届在中）