

市受付印



申請事項変更 (消滅) 届

(宛先) 小金井市長

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

高校生等医療証の記載内容										
医療証番号	負担者番号					受給者番号				
	8	9	1	3	3	3				
高校生等氏名						高校生等生年月日	年 月 日			
保護者氏名						住所	小金井市			
変更・消滅 年 月 日										
年 月 日										

2 変更の場合に記入

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。		
保険変更	高校生等の加入保険	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		
	高校生等の氏名		
現在の医療証と新しい保険証の写しを添付すること。			

3 消滅の場合に記入

消滅理由		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 (高校生等) <input type="checkbox"/> 課税証明書 (配偶者) 年度分 <input type="checkbox"/> その他 ()
連絡事項	