

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

(宛先) 小金井市長  
 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

乳幼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		
乳幼児 氏名						乳幼児 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 届					
変更事項		変 更 後		変 更 前	
市内 転居	住 所	小金井市		小金井市	
		電話 ( ) -		電話 ( ) -	
現 在 の 医 療 証 を 添 付 す る こ と 。					
保険 年金 変更	乳幼児の 加入保険	1 国保	2 組合	3 協会	1 国保
		4 共済	5 その他 ( )		4 共済
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				
	乳幼児の 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（乳幼児） <input type="checkbox"/> 課税証明書（配偶者） 年度分 <input type="checkbox"/> その他 ( )
連絡 事項	