

子ども医療費助成申請事項変更・資格消滅届

受給者番号							子どもの氏名	生年月日	子どもの種別
								年 月 日	乳幼児 小中学生 高校生等
								年 月 日	乳幼児 小中学生 高校生等
								年 月 日	乳幼児 小中学生 高校生等

1 医療費助成の申請事項が次のとおり変更しましたので、届け出ます。

① 住 所	新) 北区 丁目 番 号												
	旧) 北区 丁目 番 号												
② 子ども氏名	新) 旧)												
③ 保護者氏名 (個人番号)	新) 旧)												
④ 加 入 保 険	新) 1 国保 2 健保組合 3 全国健康保険協会 4 共済組合 5 私学共済 6 国保組合 ※新しい健康保険等の資格確認書の写しを添付すること。												
	旧) 1 国保 2 健保組合 3 全国健康保険協会 4 共済組合 5 私学共済 6 国保組合												
⑤ 加 入 年 金	新) 1 国民 2 厚生 (①民間一般、②国共済、③地共済、④私学共済) 3 未加入												
	旧) 1 国民 2 厚生 (①民間一般、②国共済、③地共済、④私学共済) 3 未加入												

2 医療費助成の受給資格が消滅しましたので、届け出ます。

消 滅 理 由	1 他の医療費助成制度を受けることになった (制度名)
	2 生活保護受給
	3 死亡
	4 転出
	5 その他 ()

変更・資格消滅年月日	年 月 日
------------	-------

年 月 日

東京都北区長 殿

受 付 確 認

保護者住所

電話 ()

保護者氏名

医療証回収済 / 未回収

指導済→返送用封筒交付済
後日持参予定

子ども医療費助成申請事項変更・資格消滅届

受給者番号							子どもの氏名	生年月日	子どもの種別
0	0	0	0	0	0	0	北 今太郎	○年 ○月 ○日	乳幼児 <u>小中学生</u> 高校生等
9	9	9	9	9	9	9	北 次郎	○年 ○月 ○日	<u>乳幼児</u> 小中学生 高校生等
								年 月 日	乳幼児 小中学生 高校生等

1 医療費助成の申請事項が次のとおり変更しましたので、届け出ます。 該当する届出に○をしてください

変更箇所のみ記入してください

① 住所 区内転居したとき (転出とは異なります)	新) 北区 西ヶ原 ○丁目 ○番 ○号
	旧) 北区 王子本町 △丁目 △番 △号
② 子ども氏名	新) <u>子どもの氏名が変わったとき</u> 旧)
③ 保護者氏名 (個人番号)	新) <u>保護者の氏名が変わったとき</u> 旧)
④ 加入保険 子どもの保険資格が 変わったとき	新) 1 国保 2 健保組合 3 全国健康保険協会 4 共済組合 5 私学共済 6 国保組合 ※新しい健康保険等の資格確認書の写しを添付すること。 旧) 1 国保 2 健保組合 3 全国健康保険協会 4 共済組合 5 私学共済 6 国保組合
⑤ 加入年金	新) 1 国民 2 厚生 (①民間一般、②国共済、③地共済、④私学共済) 3 未加入 旧) 1 国民 2 厚生 (①民間一般、②国共済、③地共済、④私学共済) 3 未加入

2 医療費助成の受給資格が消滅しましたので、届け出ます。

記入不要

消滅理由	1 他の医療費助成制度を受けることになった (制度名)
	2 生活保護受給
	3 死亡
	4 転出
	5 その他 ()

変更・資格消滅年月日	(変更日) ○年 ○月 ○日
------------	----------------

(記入日) ○年 ○月 ○日

東京都北区長 殿

受付	確認

保護者住所 北区西ヶ原○丁目○番○号

電話 080 (0000)0000 (母)

保護者氏名 北 太郎 (父)

医療証回収済 / 未回収

指導済→返送用封筒交付済
後日持参予定