

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。

記入不要

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。

該当する番号に○

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
	<u>4</u> 転出 ← 北区から転出するとき
	5 その他 ()

変更・資格消滅年月日	(転出予定日・消滅日) ○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 (転出先住所)
埼玉県川口市○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