

子ども医療費助成制度医療証交付申請・現況届事項変更(受給資格消滅)届

受給者番号				子ども氏名				
変更の場合	<input type="checkbox"/> 氏名		変更理由 ( )					
	<input type="checkbox"/> 保護者氏名							
	<input type="checkbox"/>	新住所	中野区	丁目	番	号	(電話)	
		旧住所	中野区	丁目	番	号	(電話)	
	<input type="checkbox"/>	保険の種類	1 国保 2 国組 3 社保 4 共済 5 都外 6 その他 ( )					
		記号		番号		保険者番号		
		被保険者氏名				届出者との続柄		
		保険者名						
	※保険の変更の場合は、お子さんの保険証のコピーを添付してください。							
	<input type="checkbox"/> その他の事項							
変更年月日		年	月	日				
消滅の場合	理由	<input type="checkbox"/> 中野区から転出 (転出先住所)						
		<input type="checkbox"/> 医療保険の喪失						
		<input type="checkbox"/> 他制度に該当 生活保護受給開始・施設入所・その他 ( )						
		<input type="checkbox"/> 死亡						
		<input type="checkbox"/> その他						
消滅年月日		年	月	日				
<p>上記のとおり、子ども医療費助成制度の申請事項を変更したため、受給資格が消滅しましたので届出ます。</p> <p>中野区長 宛て</p> <p>住所 中野区 丁目 番 号</p> <p>連絡先電話番号 ( )</p> <p>保護者氏名</p>								
担当処理欄	受付	医療証回収	有無	医療証発行	有無	手当… 親…	確認	
受付	地域事務所・すこやか福祉センター							