

記入例

☆消せる筆記具では記入しないでください。

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	1	2	3	4	5	6	7	子ども氏名	医療 花子		
変更の場合	<input type="checkbox"/> 氏名										
	<input type="checkbox"/> 住所										
	<input checked="" type="checkbox"/> 住所	中野区 中野 4丁目 8番 1号 (電話) 03-3389-1111 中野区 ○○ 1丁目 2番 3号 (電話) 03-1234-5678									
	保険の種類	1国保 2国組 3社保 4共済 5都外 6その他()									
	加入保険	記号	12		番号	3456		保険者番号	7890		
		被保険者氏名	医療 太郎					届出者との続柄	本人		
		保険者名	○○健康保険組合								
	※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	資格消滅理由	<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										
上記のとおり、子ども医療費助成制度の 申請事項を変更 したので届出ます。 受給資格が消滅											
中野区長 宛て ○○○○年○○月○○日 住所 中野区 中野 4丁目 8番 1号 連絡先電話番号 03 (3389) 1111 保護者氏名 医療 太郎											
担当処理欄	受付	医療証回収	有無	医療証発行	有無	手当	親				
受付	地域事務所・すこやか福祉センター										

該当する項目に
✓してください。

医療証記載の番号を
ご記入ください。

医療証記載の保護者名
をご記入ください。