

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	☐ 氏 名		変更理由 ()								
	☐ 保護者氏名										
	☐	新 住 所	中野区		丁目		番		号		
								(電話)			
	☐	旧 住 所	中野区		丁目		番		号		
								(電話)			
	☐ 加入保険	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。											
☐ 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	☐ 中野区から転出 (転出先住所)									
		☐ 医療保険の喪失									
		☐ 他制度に該当 生活保護受給開始・施設入所・その他()									
		☐ 死 亡									
		☐ 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ため受給資格が消滅したので届出ます。											
中野区長 宛て											
住所 中野区 丁目 番 号											
連絡先電話番号 ()											
保護者氏名											
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									