第６号様式（第９条関係）

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		変更理由（　　）		
	□	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	保険種別	１国保　２国組　３社保　４共済　５都外	□ マイナポータル画面確認済	
		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		認定年月日	年　月　日
	※　保険の変更の場合は、お子さんの加入保険を確認できる資格確認書等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
受給資格が消滅　したので届け出ます。

中野区長　宛て

年　月　日

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									