第６号様式（第９条関係）

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

該当する項目に☑

**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　中野　４　丁目　11番　１９　号 | （電話）０３－３３８９－１１１１ |
| | 旧　住　所 | 中野区　○○　１　丁目　２番　３号 | （電話）０３－０００－１１１１ |
| ☑ | 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 |
| 加入保険 | 記号 | １２ | 番号　３４　　保険者番号　５６７８９０ |
| | 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 | 認定年月日　令和２年４月１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 |

児童の資格確認書等のコピーを添付するか、マイナポータル画面を目視確認してください。その場合は上記マイナポータル画面確認済に☑をお願いします。

**消滅の場合**

| | | |
|---|---|---|
| ☐ | 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　中野　４丁目　１１番　１９号

連絡先電話番号　０３（００００）１１１１

保護者氏名　　医療　太郎

**医療証記載の保護者名**

| 担当処理欄 | 受付 | | 医療証回収 | 有無 | 医療証発行 | 有無 | | 手当・・・<br>親・・・ | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 受付 | 地域事務所・すこやか福祉センター | | | | | | | | | |