

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"/> 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。									
	<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								
<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、受給資格が消滅したため届出ます。</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									