

記入例

医療証を見ながらご記入
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		7	6	5	4	3	2	1	子ども氏名	医療 花子		
変更 の 場 合	<input type="checkbox"/> 氏名	変更理由 ()										
	<input type="checkbox"/> 保護者氏名											
	<input checked="" type="checkbox"/> 新住所	中野区	中野	4	丁目	8	番	1	号	(電話) 03-3389-1111		
	<input type="checkbox"/> 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	1 2		番号	3 4 5 6			保険者番号	0 0 3 3 3 3 3 3		
		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	平成		年		月		日				
消 滅 の 場 合 理 由	資格	<input type="checkbox"/> 中野区から転出 (転出先住所)										
	消滅	<input type="checkbox"/> 医療保険の喪失										
	理由	<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 <u>申請事項を変更</u> したので届出ます。 受給資格が消滅</p> <p>中野区長 宛て</p> <p>住所 中野区 中野 4丁目 8番 1号</p> <p>連絡先電話番号 090 (****)</p> <p>保護者氏名 医療 太郎</p> <p>医療証に記載してある保護者名 をご記入ください。</p>												
担当 処理欄	受付	医療証 回収	有 無	医療証 発行	有 無	手当…			確認			
受付	地域事務所・すこやか福祉センター											

該当する項目に
チェックをしてください