

様式第6号(第10条関係)

乳幼児医療費助成制度
申請事項変更(消滅)届

入 力	医療証

受給者番号	乳幼児の氏名	生年月日
		年 月 日

1 申請事項が次のとおり変更しましたので届け出ます。

住 所	(新)		
	(旧)		
氏 名	保護者	(新)	(旧)
	乳幼児	(新)	(旧)
加入保険	種 類	1 国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他()	
	被保険者氏名		乳幼児との続柄
	被保険者証 記号番号	(枝番)	保険者名
	保険者番号		所在地
そ の 他			

2 受給資格が消滅しましたので届け出ます。

消滅理由	1 他の市区町村に転出 (転出先 電話番号)
	2 生活保護受給
	3 死亡
	4 その他 (離婚・離婚前提別居・結婚・)

変更・消滅年月日	年 月 日
----------	-------

※ 番号を付けてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

あきる野市長 殿

年 月 日

保護者 住 所
氏 名
電話番号

入 力	医療証

受給者番号	乳幼児の氏名	生年月日
①	②	年③月 日

1 申請事項が次のとおり変更しましたので届け出ます。

住 所	(新)		
	(旧)		
氏 名	保護者 (新)	(旧)	
	乳幼児 (新)	(旧)	
加入保険	種 類	1 国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他()	
	被保険者氏名	乳幼児との続柄	
	被保険者証 記 号 番 号 (枝番)	保 険 者 名	
	保 険 者 番 号	所 在 地	
そ の 他			

2 受給資格が消滅しましたので届け出ます。

消滅理由	1 他の市区町村に転出 (転出先 ⑤ 電話番号)
	2 生活保護受給
	3 死亡
	4 その他 (離婚・離婚前提別居・結婚・)

変更・消滅年月日	年 月 日
----------	-------

※ 番号を付けてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。
あきる野市長 殿

保護者 住 所	年 月 日
氏 名	⑥
電話番号	

入 力	医療証

受給者番号	乳幼児の氏名	生年月日
①	②	年③月 日

1 申請事項が次のとおり変更しましたので届け出ます。

住 所	(新)		
	(旧)		
氏 名	保護者 (新)	(旧)	
	乳幼児 (新)	(旧)	
加入保険	種 類	1 国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他()	
	被保険者氏名	乳幼児との続柄	
	被保険者証 記 号 番 号 (枝番)	保 険 者 名	
	保 険 者 番 号	所 在 地	
そ の 他			

2 受給資格が消滅しましたので届け出ます。

消滅理由	1 他の市区町村に転出 (転出先 ④ 電話番号)
	2 生活保護受給
	3 死亡
	4 その他 (離婚・離婚前提別居・結婚・)

変更・消滅年月日	⑤ 年 月 日
----------	---------

※ 番号を付けてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。
あきる野市長 殿

保護者 住 所	年 月 日
氏 名	⑥
電話番号	

申請事項を変更した場合

- ①受給者番号を記入してください。
- ②お子さんの氏名を記入してください。
- ③お子さんの生年月日を記入してください。
- ④変更した事項を記入してください。
(加入保険は変更後の内容のみ)
- ⑤変更年月日を記入してください。
(例：加入保険は資格取得日、住所は異動日)
- ⑥届出日、住所、氏名、電話番号を記入してください。
(医療証に記載されている保護者の住所、氏名を記入してください。)

受給資格が消滅した場合

- ①受給者番号を記入してください。
- ②お子さんの氏名を記入してください。
- ③お子さんの生年月日を記入してください。
- ④消滅理由を記入してください。
- ⑤消滅年月日を記入してください。
(転出のときは、転出予定日を記入してください。)
- ⑥届出日、住所、氏名、電話番号を記入してください。
(医療証に記載されている保護者の住所、氏名を記入してください。)