

子ども医療費助成 申請事項変更(資格消滅)届

受給者番号		子ども氏名(変更の場合は新氏名)										生年月日		※交付
												年 月 日		
個人番号												年 月 日		
												年 月 日		
個人番号												年 月 日		
												年 月 日		
個人番号												年 月 日		

医療証の記載事項に以下のとおり変更があり、医療証の更新が必要なため、届け出ます。

変更年月日 年 月 日

住所変更	新住所)		※処理欄 <input type="checkbox"/> 住基確認 <input type="checkbox"/> 入力 <input type="checkbox"/> 確認	
	旧住所)			
氏名変更	子ども	新氏名)	旧氏名)	交付日
	保護者	新氏名)	旧氏名)	

医療証交付申請書の届出内容に以下のとおり変更がありましたので、新しい加入医療保険の状況が確認できるものの写しを添えて届け出ます。

変更年月日 年 月 日

加入保険変更	変更前(丸をつけてください)		➔	変更後(丸をつけてください)		※処理欄 <input type="checkbox"/> 入力 日付
		1. 文京区国民健康保険			1. 文京区国民健康保険	
	2. 上記以外の国民健康保険		2. 上記以外の国民健康保険			
	3. 組合健康保険など		3. 組合健康保険など			
	4. 共済		4. 共済			
	5. その他		5. その他			

文京区子どもの医療費の助成に関する条例に定める医療費助成受給資格が消滅しましたので、届け出ます。

消滅年月日 年 月 日

消滅理由	1. 文京区外へ転出 (転出先住所)		
	2. 生活保護受給	3. 死亡	4. その他()

年 月 日	連絡先電話番号 _____
文京区長 殿	保護者氏名 _____ (変更の場合は新保護者名)

※太枠内は必ず記入し、事項は届け出る項目のみチェックし、記入してください。