

【子どもの医療費助成制度受給資格変更届（市内転居） 記入例】

記入例

小学校就学前（6歳の年度末まで）の乳幼児・・・乳にチェック
小・中学生（15歳の年度末まで）の子ども・・・子にチェック
高校生等（18歳の年度末まで）の子ども・・・青にチェック
対象の子どもの医療証が複数ある場合は、該当の箇所すべてにチェックを入れてください。

☒乳☐子☐青

第8号様式（第10条関係）

乳子青 子どもの医療費助成制度受給資格変更（消滅）届

医療証に書かれている番号をご記入ください。
（複数人の場合は空いている箇所に記入）

助成対象の子ども
の氏名、生年月日
を記入して
ください。

対象の子どもの
医療証が複数ある
場合は、全員の
氏名、生年月日
を空いている
箇所にご記入く
ださい。

新住所と旧住所
をそれぞれをご
記入ください。

医療証記載の保
護者の新しい住
所と氏名をご記
入ください。

記入日

マイナンバーカードを
お持ちの方は電子申請で
お手続きいただけます。

マイナポータルびったりサービス

で検索して昭島市の
申請画面から
ご申請いただけます。



氏名		昭島 一郎		負担者番号	* * * * *									
生年月日		令和〇 年 〇 月 〇 日		受給者番号	* * * * *									
事由	1 氏名変更	4 加入保険変更												
	2 申請者変更	5 その他（ ）												
事由発生年月日	令和〇 年 〇 月 〇 日													
氏名	申請者	新	旧	対象者	住所の異動日をご記入ください。									
住所	新	昭島市△〇町1丁目△-〇			電話									
	旧	昭島市□町1234番地-〇			電話									
新加入保険	保険種別	1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済												
	被保険者証番号	記号	番号		(枝番)									
	被保険者氏名	フリガナ			申請者との続柄	本人・本人外								
	保険者番号				附加給付	有・無								
	保険者名称				資格取得日(対象児童)	年 月 日								
その他の変更事項														
事由	1 他市町村へ転出	3 死亡												
	2 生活保護受給	4 その他（ ）												
資格消滅年月日	年 月 日													
転出先住所	電話													
(宛先) 昭島市長														
上記のとおり、子どもの医療費助成制度の申請事項が変更受給資格が消滅したので届出します。														
令和〇 年 〇 月 〇 日		申請者（養育者）		住所	昭島市△〇町1丁目△-〇									
		氏名		昭島 太郎										
電算 通知														