



乳幼児医療費助成制度受給資格変更（消滅）届

						受付年月日				
乳幼児	氏名		昭島 一郎			負担者番号				
	生年月日		○年 ○月 ○日			受給者番号				
変更内容	事由		1 氏名変更 2 申請者変更 3 市内転居		④ 加入保険変更 5 その他 ()					
	事由発生年月日		○年 ○月 ○日			新しい健康保険証の資格取得年月)				
	氏名		申請者		新		対象児		新	
	住所		新		旧		新		旧	
	新加入		保険種別		① 国保 2 組合 3 協会 4 日厚 船員 6 共済		被保険者証記号番号		記号 30-30 番号 1234	
	被保険者氏名		フリガナ		アキシマ タロウ		申請者との続柄		本人・本人外	
	保険者所在地		昭島市田中町1-17-1		保険者番号		138305		附加給付 有・無	
	保険取得年月日 (対象児)		○年 ○月 ○日			保険者名称		昭島市		
	その他の変更事項									
	消滅内容	事由		1 他市町村へ転出 2 生活保護受給		注：ご自身の住所ではありません。昭島市の国保は市役所の所在地(田中町1-17-1)を記入します。社保は、健康保険証記載の「保険者所在地」を記入してください。		()		注：昭島市国保は「昭島市」、社保は「〇〇健康保険組合」「全国健康保険協会 〇〇支部」などの名称
資格消滅年月日										
転出先住所		電話 — —								
<p>上記のとおり、乳幼児医療費助成制度の申請事項が変更されたので届出します。</p> <p>○年 ○月 ○日</p> <p>(あて先) 昭島市長</p> <p>住所 田中町○丁目○番○号</p> <p>氏名 昭島 太郎 印</p>										
備考		医療証の保護者になっている方の氏名等を記入して下さい。					電算 /		通知 /	