子　義務教育就学児医療費助成制度受給資格変更（消滅）届

受付年月日	

児童	氏名		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					
氏名	申請者	新		対象児童	新	
		旧			旧	
住所	新		電話			
	旧		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				
	被保険者証記号番号	記号		番号		
	被保険者氏名	フリガナ		申請者との続柄	本　人・本人外	
				附加給付	有・無	
	保険者所在地			保険者番号		
	保険取得年月日（対象児童）	年　月　日		保険者名称		
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	3　死　亡 4　その他（　　）	
資格消滅年月日	年　月　日		
転出先住所		電話	

上記のとおり、義務教育就学児医療費助成制度の　申請事項が変更 / 受給資格が消滅　したので届出します。

年　月　日

（あて先）昭島市長

住　所

氏　名　　印

備考

電算　　通知