# ㊀ 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 | 昭島　一郎 | 負担者番号 | 8 8 1 3 |
| | 生年月日 | ○年　○月　○日 | 受給者番号 | |

**変更内容**

事由
1　氏名変更　　④　加入保険変更
2　申請者変更　　5　その他（　　）
3　市内転居

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日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 氏名 | 申請者 | 新 | | 対象児童 | 新 |
| | | 旧 | | | 旧 |
| 住所 | 新 | | | 電話 | |
| | 旧 | | | | |

注：昭島市の国保は「世帯主」、社保は「被保険者」（児童を扶養している方）の氏名

**新加入保険**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険種別 | ① 国保　2 組合　3 協会　4 日 | | |
| 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<br>昭島　太郎 | 申請者との続柄 | 本人・本人外 |
| | | 附加給付 | 有・無 |
| 保険者所在地 | 昭島市田中町1-17-1 | 保険者番号 | 138305 |
| 保険取得年月日（対象児童） | ○年　○月　○日 | 保険者名称 | 昭島市 |
| その他の変更事項 | | | |

注：昭島市国保は「昭島市」
社保は「○○健康保険組合」
「全国健康保険協会○○支部」なども名称

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。

**消滅内容**

| | | |
|---|---|---|
| 資 | | |
| 転 | | 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　田中町○丁目　○番　○号
氏　名　昭島　太郎　印

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。

| 備考 | 通知 |
|---|---|
| | |