

㊤ひとり親家庭等医療費助成制度申請  
事項変更（消滅）届

医療証 番号	負担者番号	8	1	1	3				
	受給者番号								
変 更 の 場 合	新氏名 (旧氏名)	( ) ( ) のため変更)							
	新住所 (旧住所)	西東京市 (西東京市 )							
	(新)勤務内容	職業							
		勤務先							
		勤務先住所							
	(新)加入医療保険	※保険の種類	1 国保    2 組合    3 協会    4 日雇    5 船員    6 共済						
		※被保険者氏名				※申請者との続柄			
		※被保険者証 ※記号番号	記号				※保険者名	符号	
			番号					名称	
		保険者所在地	〒						電話
付加給付の有無	有 ・ 無								
その他の事項									
※変更年月日	年 月 日								
消 滅 の 場 合	消滅理由	1 他市区町村に転出 (転出先 )							
		2 生活保護受給 3 死亡 4 ひとり親家庭等でなくなった 具体的理由：婚姻 ・ 事実婚 ・ その他 ( ) 5 その他 ( )							
消滅年月日（転出日等の前日）				年 月 日					
<p>上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成制度の申請事項が変更 申請事項が変更 しましたので届け出します。 受給資格が消滅</p> <p>※ 年 月 日</p> <p>西東京市長殿</p> <p>※住所 西東京市</p> <p>※氏名</p> <p>※電話</p> <p style="text-align: right;">㊤</p>									

(注) 記名押印に代えて、署名することができます。

医療証 回収 ・ 期限訂正済 ・ 未	
医療証 手渡し・郵送日	/

受付者	
入力日	/