

子供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	8	1	3					乳・子
	受給者番号									
(ふりがな) 対象児童						生年月日				

変更 の 場 合	新氏名					旧氏名					
	新住所 (旧住所)	西東京市 西東京市									
	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	1.本人 2.			
		被保険者証 記号・番号	記号				保 険 者 名	番号			
	番号					名称					
その他の事項											
変更年月日			年	月	日						

消滅 の 場 合	消滅理由	1 転出（転出先 2 生活保護受給開始 3 他医療費助成制度受給開始（親・障害・その他） 4 死亡（氏名： 5 監護なし 6 申請者切り替え 7 その他（申請者死亡・施設入所・その他）								
	消滅年月日			年	月	日				

上記の通り、子供医療費助成制度の申請事項が変更
受給資格が消滅 しましたので届け出します。

年 月 日

西東京市長 宛

住 所 西東京市

(ふりがな)
医療証の申請者氏名 印

電 話 — — (父・母・その他)

※ 記名押印に代えて、署名することができます。

回収	済・有効期限訂正済・未・返信用封筒渡し済
発行	済（窓口・保谷）・未（郵送 / ）

処理日		受付	
-----	--	----	--