

第六号様式（第十三条関係）

③ 子ども医療費助成制度
申請事項変更（消滅）届

医療証番号		負担者番号							
		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）		〒 （電） （ ）						
	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							
		被保険者氏名				申請者との続柄			
		被保険者証 記号番号				保険者名		番号 名称	
		保険者所在地		〒 （電）					
		付加給付の有無		年 月 日					
その他の事項									
変更年月日									
消滅の場合	消滅理由	1 他区（市町村に転出） （転出先 （電） ）							
		2 生活保護受給 3 死亡 5 その他							
消滅年月日		年 月 日							
<p style="text-align: center;">申請事項が変更</p> <p>上記のとおり、乳幼児医療費助成制度の受給資格が消滅しましたので届け出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">檜原村長 殿</p> <p style="text-align: right;">住所 東京都西多摩郡檜原村 氏名</p>									

記入例

③ 子ども医療費助成制度
申請事項変更（消滅）届

医療証 番号	負担者番号	8	8	1	3	○	○	○	○	負担者番号・受給者番号は、医療証に記載されています。	
	受給者番号	○	○	○	○	○	○	○	○		
新氏名（旧氏名）	（ ） （ ） （ ）										
	新住所 （旧住所）	〒 （電） （ ）								変更した項目を記載してください。	
変更 の 場 合	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									
		被 保 険 者 氏 名				申 請 者 と の 続 柄					
		被 保 険 者 証 記 号 番 号				保 険 者 名	番 号 名 称				
		保 険 者 所 在 地	〒 （電）								
		付 加 給 付 の 有 無	年 月 日								
	そ の 他 の 事 項										
	変 更 年 月 日	変更した日にちを記載してください。									
消滅 の 場 合	消滅理由	1 他区（市町村に転出） （転出先 2 生活保護受給 3 死亡 4 その他 1～4のいずれかに○で囲ってください。 転出の場合は、住所・電話番号を記載してください。									
	消滅年月日	消滅理由が発生した日などを記載してください。									
<p style="text-align: center;">申請事項が変更</p> <p>上記のとおり、乳幼児医療費助成制度の受給資格が消滅しましたので届け出します。</p> <p>令和○年○月○日 檜原村長 殿</p> <p style="text-align: right;">住所 東京都西多摩郡檜原村 氏名 檜原 太郎</p>											