

乳 幼 兒 醫 療 費 助 成 制 度
申 請 事 項 變 更 (消 滅) 屆

入 力	医療証

[illegible]

1 申請事項が次のとおり変更しましたので届け出ます。

住 所	(新)			
	(旧)			
氏 名	保護者	(新)		(旧)
	乳幼児	(新)		(旧)
加入保険	種 類	1 国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他()		
	被保険者氏名			乳幼児との続柄
	被 保 険 者 等 記 号 番 号	(枝番)	保 険 者 名	
	保 険 者 番 号		所 在 地	
そ の 他				

2 受給資格が消滅しましたので届け出ます。

消滅理由	1	他の市区町村に転出 (転出先 電話番号)
	2	生活保護受給
	3	死亡
	4	その他 (離婚・離婚前提別居・結婚・)

変更・消滅年月日	年	月	日
----------	---	---	---

※ 番号を付けてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

あきる野市長 殿

年 月 日

保護者 住所
氏 名
電話番号

様式第6号(第10条関係)

乳幼児医療費助成制度
申請事項変更(消滅)届

入 力	医療証

受給者番号	乳幼児の氏名	生年月日
①	②	年③月 日

1 申請事項が次のとおり変更しましたので届け出ます。

住 所	(新)	
	(旧)	
氏 名	保護者 (新)	(旧)
	乳幼児 (新)	(旧)
加入保険	種 類	1 国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他()
	被保険者氏名	乳幼児との続柄
	被保険者等 記 号 番 号	保険者名
	(枝番)	
	保 険 者 番 号	所 在 地
そ の 他		

2 受給資格が消滅しましたので届け出ます。

消滅理由	1 他の市区町村に転出 (転出先 電話番号)
	2 生活保護受給
	3 死亡
	4 その他 (離婚・離婚前提別居・結婚・)

変更・消滅年月日	⑤ 年 月 日
----------	---------

※ 番号を付けてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

あきる野市長 殿

保護者 住 所
氏 名
電話番号

年 月 日

⑥

申請事項を変更した場合

①受給者番号を記入してください。

②お子さんの氏名を記入してください。

③お子さんの生年月日を記入してください。

④変更した事項を記入してください。
(加入保険は変更後の内容のみ)

⑤変更年月日を記入してください。
(例：加入保険は資格取得日、住所は異動日)

⑥届出日、住所、氏名、電話番号を記入してください。
(医療証に記載されている保護者の住所、氏名を記入
してください。)

様式第6号(第10条関係)

乳幼児医療費助成制度
申請事項変更(消滅)届

入 力	医療証

受給者番号	乳幼児の氏名	生年月日
①	②	年③月 日

1 申請事項が次のとおり変更しましたので届け出ます。

住 所	(新)	
	(旧)	
氏 名	保護者 (新)	(旧)
	乳幼児 (新)	(旧)
加入保険	種 類	1 国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他()
	被保険者氏名	乳幼児との続柄
	被保険者等 記 号 番 号	保険者名
	(枝番)	
	保 険 者 番 号	所 在 地
そ の 他		

2 受給資格が消滅しましたので届け出ます。

消滅理由	1 他の市区町村に転出 (転出先 電話番号)
	2 生活保護受給 ④
	3 死亡
	4 その他 (離婚・離婚前提別居・結婚・)

変更・消滅年月日	⑤ 年 月 日
----------	---------

※ 番号を付けてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

あきる野市長 殿

保護者 住 所
氏 名
電話番号

年 月 日

⑥

受給資格が消滅した場合

①受給者番号を記入してください。

②お子さんの氏名を記入してください。

③お子さんの生年月日を記入してください。

④消滅理由を記入してください。

⑤消滅年月日を記入してください。
(転出のときは、転出予定日を記入してください。)

⑥届出日、住所、氏名、電話番号を記入してください。
(医療証に記載されている保護者の住所、氏名を記入
してください。)