

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
		年 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		
	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④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) 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 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

年 月 日
保護者 住 所
氏 名
電話番号 ⑥

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④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) 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) ④ 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

年 月 日
保護者 住 所
氏 名
電話番号 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。)

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。)