

# 記入例（保険変更の場合）

13条関係

## 乳幼児、義務教育就学児及び 高校生等医療費助成制度

### 申請事項変更（消滅）届

入 力	医療証

受給者番号	児 童 の 氏 名	生 年 月 日
1 2 3 4 5 6 7	立 川 一 郎	〇〇 年 〇 月 〇 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)	対象児童が複数いる場合は2枚目以降に児童の氏名、生年月日のみご記入ください。
	(旧)	
氏 名	保護者 (新) (旧)	
	児 童 (新) (旧)	
加入保険	種 類	1 国 保 2 組 合 国 保 3 組 合 4 協 会 5 共 済 6 そ の 他 ( )
	<p><b>記載不要です</b></p> <p>立川市の国保以外に加入の方は、 新しい加入医療保険の資格が確認できるもの (資格情報のお知らせ、資格確認書等) のコピーを添付してください。</p>	
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 ( )

変更・消滅年月日	〇〇 年 〇 月 〇 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。

立川市長 殿

〇〇 年 〇 月 〇 日

保護者 住 所 立川市〇〇町〇〇番〇〇号

氏 名 立川 太郎

電話番号 999-9999-9999

不足書類	加入医療保険 その他( )	課税証明書( 年度 ) □ 依頼済( / )	市受付印
備 考	※他制度受給状況: 児扶・育成・マル親・住宅		受付者