

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
		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)
	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 ( )	
	被保険者氏名		児童との続柄
	記 号		保 険 者 名
	番 号		
	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 ( )

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。

立川市長 殿

年 月 日

保護者 住 所

氏 名

電話番号

不足書類	保険証コピー(児童) 課税証明書( 年度) その他( ) <input type="checkbox"/> 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