

記入例（保険変更の場合）

入 力	医療証

乳幼児及び義務教育就学児医療費助成制度 申請事項変更（消滅）届

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)	
	(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 ()
	記載不要です 立川市の国保以外に加入の方は、 新しい保険証のコピーを添付してください。	
そ の 他		

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。

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 9 9 9 - 9 9 9 9 - 9 9 9 9

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