

**義務教育就学児医療費助成制度  
申請事項変更(消滅)届**

入力	医療証

受給者番号	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 3 協会 4 共済 5 その他( )	
	被保険者氏名	児童との続柄	
	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

義務教育就学児医療費助成制度  
申請事項変更(消滅)届

入力	医療証

受給者番号	児童の氏名	生年月日
①	②	年③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。

④

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 3 協会 4 共済 5 その他( )
	被保険者氏名	児童との続柄
	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	年 月 日
氏名	⑥	
電話番号		

義務教育就学児医療費助成制度  
申請事項変更(消滅)届

入力	医療証

受給者番号	児童の氏名	生年月日
①	②	年③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 3 協会 4 共済 5 その他( )
	被保険者氏名	児童との続柄
	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	年 月 日
氏名	⑥	
電話番号		

**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。)