

様式第6号（第10条関係）

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	高 校 生 等 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)
	高校生等	(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	高校生等との続柄	
	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

様式第6号（第10条関係）

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	高 校 生 等 の 氏 名	生 年 月 日
①	②	年 ③ 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。

④

住 所	(新)			
	(旧)			
	保 護 者	(新)		(旧)
	高 校 生 等	(新)		(旧)
	種 類	1 国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他 ()		
加入保険	被保険者氏名			高校生等との続柄
	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

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。)

様式第6号（第10条関係）

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	高 校 生 等 の 氏 名	生 年 月 日
①	②	年 ③ 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)			
	保 護 者	(新)		(旧)
	高 校 生 等	(新)		(旧)
	種 類	1 国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他 ()		
加入保険	被保険者氏名			高校生等との続柄
	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 ④
	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
氏 名
電話番号 ⑥

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。)