

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

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)		
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	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
		⑥
	氏 名	
	電話番号	

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)		
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	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
		⑥
	氏 名	
	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。)