様式第6号（第10条関係）乳幼児医療費助成制度
様式第6号（第13条関係）義務教育就学児医療費制度・高校生等医療費助成制度

医療費助成制度申請事項変更（消滅）届

東久留米市長　殿

下記のとおり
□乳幼児医療費助成制度
□義務教育就学児医療費助成制度
□高校生等医療費助成制度
の申請事項の変更・受給資格の消滅について届出します。

医療証に記載されている事項			届出日	年　月　日
保護者氏名（申請者）		住所	東久留米市 日中連絡先　－　－	
対象者氏名	生年月日：　年　月　日	負担者番号		
		受給者番号		
対象者氏名	生年月日：　年　月　日	負担者番号		
		受給者番号		
対象者氏名	生年月日：　年　月　日	負担者番号		
		受給者番号		

変　更　事　項	
住所	東久留米市
保険	※対象児童の保険情報の写しを添付してください。（添付できない場合は記入） 保険者番号　記号　認定年月日 被保険者氏名　番号　（確認：□マイナ保険証　□公簿）
氏名	□　保護者（　　） □　児　童（　　）
その他	
変更日	年　月　日

消　滅	
理由	□東久留米市から転出 転出先住所 □児童を監護しなくなった　（□離婚　□所得状況変動　□海外転出　□死亡） 新保護者 □生活保護受給 □その他　（　　）
消滅日	年　月　日

受　付	入　力	確　認
／郵送		