第６号様式（第１０条関係）

㊮ 乳 幼 児 医 療 費 助 成 制 度

申 請 事 項 変 更 （ 消 滅 ） 届

<table>
<tr><td rowspan="2">医療証番号</td><td>負担者番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>受給者番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="12">変更の場合</td><td colspan="2">新　氏　名
（旧　氏　名）</td><td colspan="3">（　　のため変更）
（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">新　住　所
（旧　住　所）</td><td colspan="3">〒　－　　（電）　－
東久留米市
（東久留米市　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">新勤務内容</td><td>職　業</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>勤　務　先</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>勤務先住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">新加入医療保険</td><td>保険の種類</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>被保険者氏名</td><td></td><td>申請者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>被保険者証記号番号</td><td>（枝番）</td><td>保険者名</td><td>番　号
名　称</td></tr>
<tr><td>保険者住所地</td><td colspan="3">〒　－　　（電話）</td></tr>
<tr><td>付加給付の有無</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">その他の事項</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">変更年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">消滅の場合</td><td>消滅理由</td><td colspan="3">１　他区（市町村）に転出
（転出先　　（電話）　　）
２　生活保護受給
３　死亡
４ その他（　　）</td></tr>
<tr><td>消滅年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
</table>

申請事項が変更
上記のとおり、乳幼児医療費助成制度の　受給資格が消滅　しましたので届け出します。

年　　月　　日　　電話　　（　　）

東久留米市長　殿　　住所　東久留米市

氏名

受　付	入　力	確　認