

㊦ 乳幼児医療費助成制度

申請事項変更（消滅）届

| | | | | | |
|--------------------|---------------------|--|---------------|---------|----------|
| 医療証 番号 | 負担者番号 | 医療証に記載の8で始まる番号 | | | |
| | 受給者番号 | 医療証に記載の3または4で始まる番号 | | | |
| 変更 の 場 合 | 新氏名 (旧氏名) | () () のため変更) | | | |
| | 新住所 (旧住所) | 〒 - (電) - 東久留米市 (東久留米市) | | | |
| | 新 勤務 内容 | 職業 | | | |
| | | 勤務先 | 変更事項をご記入ください。 | | |
| | | 勤務先住所 | | | |
| | 新 加入 医療 保険 | 保険の種類 | | | |
| | | 被保険者氏名 | | 申請者との続柄 | |
| | | 被保険者証 記号番号 | (枝番) | 保険者名 | 番号 名称 |
| | | 保険者住所地 | 〒 - (電話) | | |
| | | 付加給付の有無 | | | |
| その他の事項 | | | | | |
| 変更年月日 | | 変更日をご記入ください。 | | 日 | |
| 消滅 の 場 合 | 消滅理由 | 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 () | | | |
| 消滅年月日 | | 年 月 日 | | | |
| 上記のとおり、乳幼児医療費助成制度の | | 申請事項が変更 受給資格が消滅したと認められる場合は、 | | | |
| 年 月 日 | | 住所 氏名 | | | |
| 東久留米市長 殿 | | | | | |
| | | ㊦医療証に記載されている保護者の住所、氏名等を記入してください。 連絡先は日中連絡のとれる電話番号を記入してください。 | | | |

| | | |
|----|----|----|
| 受付 | 入力 | 確認 |
| | | |