

㊦ 義務教育就学児医療費助成制度
申請事項変更（消滅）届

医療証番号	負担者番号						
	受給者番号						
変更の場 合	新氏名 (旧氏名)	() () のため変更					
	新住所 (旧住所)	〒 東久留米市 (東久留米市)					
	新勤務内容	職業					
		勤務先					
		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)				
		付加給付の有無					
その他の事項							
変更年月日	年 月 日						
消滅の理由 場 合	消滅理由	1 他区（市町村）に転出 転出先) 2 生活保護受給 3 死亡 4 その他 ()					
	消滅年月日	年 月 日					
<p>上記のとおり、義務教育就学児医療費助成制度の申請事項が変更 受給資格が消滅 しましたので届出します。</p> <p>年 月 日 東久留米市 東久留米市長 殿 住所 氏名 電話 ()</p>							
			受付	入力	確認		