

㊦ 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	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)	〒 東久留米市 (東久留米市)			
	新勤務 内容	職業	変更事項をご記入ください。		
		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	変更日をご記入ください。		日		
消滅 の 場 合	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</p> <p>東久留米市長 殿 住所</p> <p>氏名</p> <p>電話 ()</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>子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。</p> </div>					
		受付	入力	確認	