

青 高校生等医療費助成制度
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)		
	新加入医療保険	保険の種類		
		被保険者氏名	申請	変更事項をご記入ください。 (保険変更の場合は記入不要。保険証のコピーを添付してください)
		被保険者証記号番号 (枝番)	保険	
		保険者住所地	〒 (電)	
	付加給付の有無			
その他の事項	変更日をご記入ください。			
変更年月日	年 月 日			
消滅の場 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		
上記のとおり、高校生等医療費助成制度の		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。		
年 月 日 東久留米市長 殿		住所 東久留米市 氏名 電話 (
		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