入　力	医療証

乳幼児、義務教育就学児及び
高校生等療費助成制度
申請事項変更（消滅）届

受給者番号	児童の氏名	生年月日
		年　月　日

1　申請事項が次のとおり変更しましたので届け出ます。

住　所	（新）　小金井市			
	（旧）　小金井市			
氏　名	保護者	（新）	（旧）	
	児　童	（新）	（旧）	
加入医療保険	種　類	1 国　保　2 組合国保　3 組　合　4 協　会 5 共　済　6 その他（　　）		
	被保険者氏名		児童との続柄	
	記　号		保険者名	
	番　号			
	保険者番号		所在地	
その他				

2　受給資格が消滅しましたので届け出ます。

消滅理由	1　他の市区町村に転出 （転出先　　電話番号　　） 2　生活保護受給 3　死亡 4　その他　（　　）
変更・消滅年月日	年　月　日

※　番号を付けてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

小金井市長　殿　　年　月　日

保護者　住　所
氏　名
電話番号

不足書類	加入医療保険（児童）　課税証明書（　　年度） その他（　　）　□依頼済（　／　）	市受付印
備考	※他制度受給状況：児扶・育成・マル親・住宅	受付者