

第8号様式（第10条関係）

㊦㊧㊨ 子どもの医療費助成制度受給資格変更（消滅）届

										受付年月日							
助成対象者	氏名			負担者番号													
	生年月日			年 月 日			受給者番号										
変更内容	事由	1 氏名変更		4 加入保険変更													
		2 申請者変更		5 その他（													
	3 市内転居																
	事由発生年月日		年 月 日														
	氏名	申請者	新				対象者	新									
			旧					旧									
	住所	新							電話								
		旧							電話								
	新加入保険	保険種別	1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済														
		被保険者証番号	記号					番号									(枝番)
被保険者氏名		フリガナ					申請者との続柄			本人・本人外							
							附加給付			有・無							
保険者番号							資格取得日 (対象児童)			年 月 日							
保険者名称																	
その他の変更事項																	
消滅内容	事由	1 他市町村へ転出		3 死亡													
		2 生活保護受給		4 その他（													
	資格消滅年月日		年 月 日														
転出先住所								電話									
<p>(宛先) 昭島市長</p> <p>上記のとおり、子どもの医療費助成制度の申請事項が変更受給資格が消滅したので届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者（養育者） 住所</p> <p>氏名 _____</p>																	
備考																	
電算 通知																	