

記入例

小学校就学前（6歳の年度末まで）の乳幼児・・・乳にチェック
 小・中学生（15歳の年度末まで）の子ども・・・子にチェック
 高校生等（18歳の年度末まで）の子ども・・・青にチェック
 対象の子どもの医療証が複数ある場合は、該当の箇所すべてにチェックを入れてください。

乳 子 青

第8号様式（第10条関係）

（乳）（子）（青） 子どもの医療費助成制度受給資格変更（消滅）届

助成対象の子どもの名前、生年月日を記入してください。
 対象の子どもの医療証が複数ある場合は、全員の氏名、生年月日を空いている箇所にご記入ください。

新しい保険証の内容を写してください。
 対象の子どもが複数いて保険証が数枚ある場合は、いずれか一つの保険証の内容をご記入ください。

		氏名		昭島 一郎		負担者番号		* * * * * * * *							
		生年月日		令和〇年〇月〇日		受給者番号		* * * * * * *							
変更	事由	1 氏名変更 (4) 加入保険変更													
		2, 3: 医療証に書かれている番号を記入してください。（複数人の場合は空いている箇所に記入）													
変更	事由発生年月日		令和〇年〇月〇日												
	氏名	申請者	新									対象者	新しい保険証の取得年月日を記入		
旧															
変更	住所	新									電話				
		旧									電話				
内容	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												
		被保険者証号	記号	123		番号	12345678 (枝番)								
		被保険者名	フリガナ	アキシマ タロウ				申請者との続柄	(本人) 本人外						
			昭島 太郎				附加給付	有・無							
		保険者番号	9876543				資格取得日 (対象児童)	令和〇年〇月〇日							
保険者名称		〇×△健康保険組合													
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					
記入日		(宛先) 昭島市長		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。					
医療証記載の保護者の住所と氏名		令和〇年〇月〇日		申請者 (養育者)		住所		昭島市△〇町1丁目△-〇							
						氏名		昭島 太郎							
備考		電算 通知													

記入日

医療証記載の保護者の住所と氏名をご記入ください。

変更申請には、
対象の子ども全員の保険証オモテ面の写し
 が必要です。

マイナンバーカードをお持ちの方は電子申請でお手続きいただけます。

マイナポータルぴったりサービス

で検索して昭島市の申請画面からご申請いただけます。

