

【子どもの医療費助成制度受給資格変更届（市内転居） 記入例】

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

医療証に書かれている番号をご記入ください。
 （複数人の場合は空いている箇所に記入）

受付年月日	
負担者番号	* * * * *
受給者番号	* * * * *

助成対象の子どもの氏名、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。

助成対象者	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	* * * * *

事由	1 氏名変更 2 申請者変更 3 市内転居	4 加入保険変更 5 その他 ()
----	-----------------------------	-----------------------

事由発生日	令和〇 年 〇 月 〇 日
-------	---------------

氏名	申請者	新	旧	対象者	住所の異動日をご記入ください。
----	-----	---	---	-----	-----------------

住所	新	昭島市△〇町1丁目△-〇	電話
	旧	昭島市□町1234番地-〇	電話

新住所と旧住所をそれぞれをご記入ください。

保険種別	1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済
------	-------------------------------

新加入	被保険者証記号番号	記号	番号	(枝番)
保険	被保険者氏名	フリガナ	申請者との続柄	本人・本人外
	保険者番号		附加給付	有・無
	保険者名称		資格取得日(対象児童)	年 月 日

医療証記載の保護者の新しい住所と氏名をご記入ください。

その他の変更事項	
----------	--

消滅事由	1 他市町村へ転出 2 生活保護受給	3 死亡 4 その他 ()
------	-----------------------	-------------------

資格消滅年月日	年 月 日
転出先住所	電話

記入日

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。

マイナポータルびったりサービス

で検索して昭島市の申請画面からご申請いただけます。



(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。
 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

電算 通知