

子ども医療費助成制度変更(消滅)届

受付年月日

記入例

子ども	氏名	生年月日	受給者番号						
	板橋 板郎	平成〇〇年 1月 1日	1	2	3	4	5	6	7
	板橋 橋子	令和〇〇年 6月 30日	8	9	0	1	2	3	4
	年 月 日								

変更する番号に○
変更した人に✓

変更の場合	1. 氏名変更	<input checked="" type="checkbox"/> 子ども	旧氏名	東京 板郎	新氏名	板橋 板郎	
		<input type="checkbox"/> 保護者	旧氏名	東京 橋子	新氏名	板橋 橋子	
			旧氏名		新氏名		
			旧氏名		新氏名		
	2. 住所変更	旧住所	板橋区 赤塚6-38-1				
		新住所	板橋区 板橋2-66-1				
	3. 保護者変更	旧保護者氏名		子どもとの続柄			
		新保護者氏名		子どもとの続柄			
		新保護者電話番号					
	4. 保険変更 (子どもの保険証コピーを添付)	新加入保険	保険者番号				
			保険者名称	保険証コピーのとおり			
			記号	番号			
			被保険者氏名	板橋 親一	子どもとの続柄	父	
	5. その他	(年 月 日 変更)					

消滅の場合	消滅理由	1. 転出	転出先住所	
			電話番号	
		2. 生活保護受給		
		3. 施設入所		
	4. その他 ()			
	消滅年月日	年 月 日		

(宛先) 東京都板橋区長

上記のとおり、子ども医療費助成制度の(申請事項が変更)・受給資格が消滅)しましたので届け出ます。

届出の内容について、公簿等で確認(電子計算機の利用を含む)することに同意します。

令和〇年 2月 1日

住所 板橋区 板橋2-66-1

保護者氏名 板橋 親一

TEL 090-1234-5678

区処理欄

変更前の加入保険	最新の加入保険	再交付方法	窓口受付	入力	照合	発送
都外国保 ・ 都外国保以外	都外国保 ・ 都外国保以外	窓口 ・ 郵送 ・ 再交付不要				