

子ども医療費助成制度変更(消滅)届

受付年月日

子ども	氏 名	生 年 月 日	受 給 者 番 号						
		年 月 日							
		年 月 日							
		年 月 日							

変 更 の 場 合	1. 氏名変更		☐ 子ども ☐ 保護者	旧氏名		新氏名				
				旧氏名		新氏名				
				旧氏名		新氏名				
				旧氏名		新氏名				
	2. 住所変更		旧住所	板橋区						
			新住所	板橋区						
	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		新加入 保険	種 別	1. 社会保険 2. 国民健康保険・国保組合 3. 国家公務員共済組合 4. 地方公務員共済組合 5. 私立学校職員共済組合 6. 船員保険					
保険者 番号							保険者 名称			資格 取得日
記号 番号				(記号)	(番号)	被保険者 氏名			子どもとの 続柄	
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。

年 月 日

住所 板橋区

保護者氏名	TEL
-------	-----

区处理欄

保険変更	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
添付書類あり ・ 資格確認済み ・ 要情報連携	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				