

申請事項変更（消滅）届

医療証 番号	負担者番号	8		1	3		4	8		
	受給者番号									
変更 の 場 合	新氏名 (旧氏名)	()								
	新住所 (旧住所)	〒206-08 東京都稲城市 電話 () (東京都稲城市)								
	新加入 医療 保険	被保険者 記号・番号	記号					番号		
		被保険者の氏名								
		申請者との続柄	本人 ・ 配偶者 ・ その他 ()							
		保険者番号								
		保険者名	1 稲城市国民健康保険 又は () 国民健康保険組合 2 () 健康保険組合 3 全国健康保険協会 () 支部 4 () 共済組合 () 支部 5 その他 ()							
保険者の住所地										
変更年月日	. .									
消滅 の 場 合	消滅理由	1 子が他の区市町村に転出 (転出先 電話) 2 生活保護受給 3 死亡 4 監護・生計関係がない(離婚等による) 5 他制度該当(マル親非課税・マル障) 6 所得超過(所得更正・年金変更等による) 7 その他 (婚姻のため 主な生計者の変更のため)								
		消滅年月日	. .							
<p>上記のとおり、乳幼児・義務教育就学児・高校生等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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>稲城市長 殿 住所 東京都稲城市 受給者(保護者) 氏名 生年月日 . .</p>										

□ 保険証確認