

記入例

年 月 日

(宛先)
秦野市長

申請者の住所・氏名
申請者変更の場合は変更
後の申請者、住所変更の
場合は新住所
を記入してください。

住 所 秦野市桜町1-3-2
氏 名 秦野 太郎

次のとおり、小児医療費助成資格取得申請書の申請事項に変更がありました(受給資格が喪失しました)ので届け出ます。

3人以上の場合は、欄外にご記入ください。

医療証番号	受給者番号	0	1	2	3	4	5	6	
変更理由		①申請者 2氏名 ③住所 4加入保険 5その他							
		申請者		新 秦野 太郎					
対象児		新							
		旧							
住所		新 秦野市桜町1-3-2							
		旧 秦野市本町1-3-2							
加入保険		種類		1国保 2組合 3協会 4日雇 5船員 6共済					
		被保険者名		加入保険変更の場合、お子様の保険証コピーの添付があれば記入不要です。					
		記号番号							
		保険者番号							
		名称							
		所在地							
その他の事項									
変更年月日		年 月 日							
消滅の場合	消滅理由	1 他の市町村に転出 2 死亡 3 生活保護受給 4 ひとり親家庭等医療助成対象				5 重度障害者医療助成対象 6 その他の医療助成対象 7 その他			
	転出先	(電話 — —)							
	異動年月日	年 月 日				消滅年月日 年 月 日			

変更理由は該当するものすべてに○を付けて、変更事項をご記入ください。

消滅理由に○を付けてください。

転出の場合：転出予定日
他制度開始の場合：他制度の開始日
死亡の場合：記入不要

消滅理由を問わず記入不要です。