第6号様式(第13条関係)

㊀ ㊁子ども医療費助成制度申請事項・ 変更 消滅 届

医療証番号	負担者番号								
	受給者番号								／

乳幼児 児童の氏名		生年月日	年　月　日

変更

新氏名 (旧氏名)	(　　のため変更) (　　)			
新住所 (旧住所)	日野市 ☎ (日野市　　)			
新加入医療保険	保険の種類	1 国保　2 組合　3 協会 4 日雇　5 船員　6 共済	被保険者証記号番号	記号番号 —
	保険者名称		保険者番号	
	被保険者氏名		申請者との続柄	
	保険者所在地	〒　　電話		
	資格取得日	年　月　日		
その他の事項				

消滅

消滅理由	1 転出〔 世帯全員 ・ 世帯の一部(氏名　　)が転出〕 転出先住所 電話 2 他の公費負担に該当(　　) 3 生活保護受給 4 その他(　　)
消滅年月日	年　月　日

上記のとおり、医療費助成制度の 申請事項が変更 / 受給資格が消滅 しましたので届出します。

年　月　日

(あて先)日　野　市　長

住　所

氏　名

児童手当

受付

入力