

第6号様式(第13条関係)

乳幼児、義務教育就学児及び  
高校生等医療費助成制度  
申請事項変更(消滅)届

入 力	医療証

受給者番号	児 童 の 氏 名	生 年 月 日
		年 月 日

1 申請事項が次のとおり変更しましたので届け出ます。

住 所	(新)日野市		
	(旧)日野市		
氏 名	保護者	(新)	(旧)
	児 童	(新)	(旧)
加 入 保 険	種 類	1 国 保 2 組 合 国 保 3 組 合 4 協 会 5 共 済 6 その他( )	
	被保険者氏名		児 童 と の 続 柄
	記 号	保 険 者 名	
	番 号		
	保 険 者 番 号	所 在 地	
そ の 他			

2 受給資格が消滅しましたので届け出ます。

消 滅 理 由	1 他の市区町村に転出 (転出先 電話番号 )	
	2 生活保護受給	
	3 死亡	
	4 その他 ( )	

変更・消滅年月日	年 月 日
----------	-------

※ 番号を付けてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

日野市長 殿

年 月 日

保護者 住 所

氏 名

電話番号

不 足 書 類	加入医療保険(児童) 課税証明書(年度) その他( ) <input type="checkbox"/> 依頼済( / )	市受付印
備 考	※他制度受給状況：児扶・育成・マル親・住宅	受付者