		乳子	申請事	項変更	(消	滅) 扂	届兼医療	証再	交付申請	書	<氏名変更 記:	
申請	(届	出)の制度区分	☑ 乳幼	児医療			☑ 義務	教育就	学児医療	+	チェック。	川
申詞	青 (届出)区分	1 申請事項	頁変更		2 資格消	肖滅		3	再交付 ←	「1 申請事項変更」にマルを付	ける。
		変更事項	① 氏名	② 住所	3	保険	④その作	也(—	「① 氏名」にマルを付ける。	
	٦ آ	新氏名	清瀬 太郎	k				青瀬 青瀬	花子 一郎	•	変更後と変更前の氏名を記入す 子の氏名に変更がある場合は	
	氏名	旧氏名	東京太郎	K					花子 一郎		欄に記入する。	
		変更年月日		令和	元年	10月	1 🗆			-	氏名変更を行った日付を記入す	る。
1 申	② 住	新住所	〒		電	話:					_	
請事	所	旧住所	清瀬市									
項変		変更年月日		平成	年	月	日					
更	③加入,		iの国民健康保険」		-		ことで記	入の省	略をするこ	ことができ	ます	
	たた	国保上の 世帯主氏名	□ 申請者本人	□ 本人	、以外			申請者	との続柄	:		
	保険	被保険者証 記号番号	記号 4 4 一	·		番号						
	④ その:	変更年月日	平成 年	月	日	※注意	共済保険	の場合	は児童手	当確認する。	.	
	他	変更年月日		平成	年	月	日					
2資格消滅	消滅理由				征民	話:)	

平成 上記のとおり、医療費助成制度の申請事項が変更(消滅)しましたので届け出ます。

年

月

日

2資格消滅

消滅年月日

3 再	対象者氏名											
交付	再交付の理由	1 á	紛失 2	破いた	3 汚し	た 4 その作	也 ()	1	
	上記のとおり、図	医療費助尿	戈制度の[医療証の再	耳交付を申討	青します。			令和 年	F 月 日 送 済		
	令和 元年	10月	1 ⊟							手渡し済		
	清瀬市長 殿		住所	清瀬市	中里五丁	「目842番	地					
			フリガナ	‡3 セ	タロウ							氏名などを記入し
		申請者	氏名	清瀬	太郎				印	※臣]する。 ≣療証の保護者₽	氏名を記入するこ
				生年月	田和 平成	50) 年	1月	1 =	<u>ک</u>		
	(注) 記名押印に	代えて、気	署名する	ことができ	ます。	認定番号						

乳 子	申	請	事	項	変	更
-----	---	---	---	---	---	---

申請事項変更(消滅) 届兼医療証再交付申請書 <住所変更記載例>

申請	 (届	出) の制度区分	☑ 乳幼児医療 ☑ 義務教育就学児医療	マル乳・マル子の制度区分にレ点チェック。
申詞	請(届出)区分	1 申請事項変更 2 資格消滅 3 再交付 ←	「1 申請事項変更」にマルを付ける。
		変更事項	① 氏名 ② 住所 ③ 保険 ④その他(「②住所」にマルを付ける。
			(子)	
	1	新氏名	(子)	
	氏名		(子)	
		旧氏名		
			(子)	
		変更年月日	年 月 日	
1	2	新住所	〒 204-0003 電話: 090-0000-0000	変更後と変更前の住所を記入する。 電話番号は日中連絡の取れる番号
申請	住所		清瀬市 中里五丁目842番地 ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆	を記入する。
事項		旧住所	清瀬市 中清戸三丁目235番5号	
変更		変更年月日	令和 元年 10月 1日 ← ← ← ← ← ← ← ← ← ← ← ← ← ← ← ← ← ←	住所変更を行った日付を記入する。
	③ 加		の国民健康保険以外は、 保険証の写し を添付することで記入の省略をすることができ	ます
	入し		「の国民健康保険に加入の場合は、下記に記入 ↓	
	た保	国保上の 世帯主氏名	□ 申請者本人 □ 本人以外 申請者との続柄 :	
	険	被保険者証 記号番号	記号 4 4 一 番号	
	0	変更年月日	年 月 日 ※注意 共済保険の場合は児童手当確認する。	
	④ そ の			
•	他	変更年月日	年 月 日	
		1 他の区	4-m Lb) vs 4 111	
0	消		心	
2 資 格	滅理	(転出		
消	由	2 生活保 3 死亡	隻受給	
滅		4 その他	()
		消滅年月日	年 月 日	
	上前	己のとおり、医	<u> 療費助成制度の申請事項が変更(消滅)しましたので届け出ます。</u>	
3	i			
再		対象者氏名		
交				
交 付	再	耳交付の理由)
交 付	再	耳交付の理由	1 紛失 2 破いた 3 汚した 4 その他 (療費助成制度の医療証の再交付を申請します。	·
交付	再	手交付の理由 己のとおり、医	療費助成制度の医療証の再交付を申請します。	日 済
交付	上記令和	手交付の理由 己のとおり、医	療費助成制度の医療証の再交付を申請します。	日 済
交付	上記令和	可交付の理由 己のとおり、医 ロ 元 年		日 済 済
交付	上記令和	可交付の理由 己のとおり、医 ロ 元 年	療費助成制度の医療証の再交付を申請します。10月 1日合和 年 月 □ 発 送 □ 窓口手渡し住所 清瀬市中里五丁目842番地	医療証の申請者の氏名などを記入し、押印する。
交付	上記令和	可交付の理由 己のとおり、医 ロ 元 年		医療証の申請者の氏名などを記入し、

乳 子 申請事項変更 (消滅) 届兼医療証再交付申請書 **<保険変更 記載例>**

申請	- 「届	出)の制度区分	☑ 乳幼児医療	☑ 義務教育	就学児医療 ◆	マル乳・マル子の制度区分にレ点チェック。
申	請(届出)区分	1 申請事項変更	2 資格消滅	3 再交付 ←	1 申請事項変更」にマルを付ける。
		変更事項	① 氏名 ② 住所	③ 保険 ④その他(←	③保険」にマルを付ける。
	① 氏	新氏名		(子) (子)		
	名	旧氏名		(子) (子)		
1 申 請		変更年月日		年 月 日		
	② 住 所	新住所	清瀬市	電話:		
事項	121	旧住所	清瀬市			
変更		変更年月日		年 月 日		
	③ 加	☑ 清瀬市	可の国民健康保険以外は、 保険	正の写し を添付することで記入の		児童の健康保険証の写しを添付する。 市の国保に加入の場合は写しの添付
	入し		iの国民健康保険に加入の場合	は、下記に記入↓		で、国保上の世帯主・記号・番号を記
	た保	国保上の世帯主氏名	☑ 申請者本人 □ 本人		者との続柄 :	⊙ ∘
	険	被保険者証 記号番号	記号 4 4 - 00	番号 0000		
	4	変更年月日	令和 元年 10月	1日 ※注意 共済保険の場	合は児童手当確認するま	
	その他					機証の認定年月日又は資格取得年 2入する。
		変更年月日	平成	年 月 日		
2資格消滅	消滅理由			電話:)	
	<u> </u>	消滅年月日	平成	年 月 日		
	上訂	ピのとおり、医 	療費助成制度の申請事項が変	更 (消滅) しましたので届け出ま	す。	
3 再 交		対象者氏名				
付	戸	F交付の理由	1 紛失 2 破いた 3	汚した 4 その他()	
	上記	己のとおり、医 ロ 元 年	令和 年 月 □ 発 送 済 □ 窓口手渡し済			
	洧	青瀬市長 殿	フリガナ キヨセ タ	里五丁目 842 番地 ^{ロウ} 长郎		医療証の申請者の氏名などを記入し、 RED + Z
			生年月日		**	即印する。 《医療証の保護者氏名を記入するこ こ。
	(泊	E)記名押印に作	されて、署名することができます	認定番号		

申請事項変更 (消滅) 届兼医療証再交付申請書 <資格消滅 記載例>

申請	i (届	出) の制度区分	☑ 乳幼児医療	Ø	義務教育就学児医療 ◆	マル乳・マル子の制度区分にレ点 チェック。
申詞	清(届出) 区分	1 申請事項変更	2 資格消滅	3 再交付◆	「2 資格消滅」にマルを付ける。
		変更事項	① 氏名 ② 住所 ③	保険 ④)その他()
				(子)		
	1	新氏名		(子)		
	氏名			(子)		
		旧氏名				
1 申請		変更年月日	年	(子) 月	日	
		及又十万日			Н	
	② 住 所	新住所	清瀬市			_
事	ולו	旧住所	清瀬市			
項変更		変更年月日	年	月	日	
更	③ 加	□ 清瀬市	所の国民健康保険以外は、 保険証の写し	を添付すること	で記入の省略をすることができ	ます
	入し		fの国民健康保険に加入の場合は、下記に	こ記入↓		
	た保	国保上の 世帯主氏名	□ 申請者本人 □ 本人以外		申請者との続柄 :	
	険	被保険者証 記号番号	記号 4 4 一	番号		
	<u> </u>	変更年月日	年 月 日	※注意 共	済保険の場合は児童手当確認する。	,
	④ そ の					
	他	<u> </u> 変更年月日	年	月	日	
		1 他の区	市町村に転出電	話: 090 -	-0000-0000	該当する消滅理由の番号にマルを付ける。
2	消滅	(転		町三丁目3	番3号 ←	転出の場合は転出先の住所も記入する。
2 資格	理由	2 生活保	護受給			※生計主の変更による消滅の場合は 4に〇を付けて「生計主変更」と記入
消滅		3 死亡 4 その他	(する。
		消滅年月日		10月	1日 ▼ 消滅理中が生じた	日付の前日の年月日を記入する。
	上記	己のとおり、医	療費助成制度の申請事項が変更(消滅))しましたので		転出日の前日を記載する。
3 再		対象者氏名				
交付	耳			4 その他	()
			療費助成制度の医療証の再交付を申請		·	
	一下		10月 1日	0 00 7 0	□ 発 送 □ 窓口手渡し	済
	泪	青瀬市長 殿	住所 清瀬市中里五丁	自842番 均	t	
			フリガナ キヨセ タロウ			医療証の申請者の氏名などを記入し、押印する。
			申請者 氏名 清瀬 太郎		印	※医療証の保護者氏名を記入する
			生年月日 昭和 平成	50	年 1月 1日	تك.
	(泊	E)記名押印に作	ええて、署名することができます。	認定番号		

		1 7	申請事項	変更(消	滅)	届兼医療	·証再交付申請書		<再交付 記載例>
申請	計(届	出)の制度区分	☑ 乳幼児医療	Į.		☑ 義務教	效育就学児医療 ◆		レ乳・マル子の制度区分にレ点 ェック。
申	清(届出) 区分	1 申請事項変更		2 資格	消滅	3	† ← Γ3	再交付」にマルを付ける。
		変更事項	① 氏名 ②	住所 ③	保険	④その他	1()	
	① 氏	新氏名				(子) (子)			
	?名	旧氏名				(子)			
		変更年月日		年	月	日			
1 申請	②住所	新住所	〒 清瀬市	電	話:				
事項	121	旧住所	清瀬市						
変		変更年月日		年	月	日			
更	③ 加	□ 清瀬市	5の国民健康保険以外は	、保険証の写しる	を添付する	ることで記え	の省略をすることが	できます	
	入	□ 清瀬i 国保上の 世帯主氏名 被保険者証	5の国民健康保険に加入	の場合は、下記し	こ記入 ↓				
	したに		□ 申請者本人 □] 本人以外		E	申請者との続柄 :		
	保険		記号 4 4 一		番号				
		変更年月日	年月	日	※注意	共済保険	の場合は児童手当確認	する。	
	④ その他	変更年月日		年	月	日			
2資格	消滅理由		市町村に転出 出先 : 護受給	電	話:)	
消滅	Н	3 死亡 4 その他)	
		消滅年 月日		年	月	В		· ·	
	上訂	己のとおり、医	療費助成制度の申請事工	頁が変更 (消滅)	しました	こので届け	出ます。		•
3 再交		対象者氏名	清瀬 花子				←		付の対象児童の氏名を記入する。 付の理由に○を付ける。
付	拜	写交付の理由	1 紛失 2 破い	た 3 汚した	4 そ	の他()	
	上記	己のとおり、医 ロ 元 年							
	Ä	青瀬市長 殿	住所 清瀬 フリガナ キョセ 申請者 氏名 清瀬	市中里五丁 タロウ 太郎	目842	番地	FD	◆ 押印	証の申請者の氏名などを記入し、 する。 ・療証の保護者氏名を記入するこ
			生年	月日 昭和 平成		50 年	1月 1日	_	
	(泊	E)記名押印に作	弋えて、署名することがて	できます。	認定番号	ţ ,			