

乳 子

申請事項変更（消滅）届兼医療証再交付申請書

<氏名変更 記載例>

申請（届出）の制度区分	<input checked="" type="checkbox"/> 乳幼児医療	<input checked="" type="checkbox"/> 義務教育就学児医療	マル乳・マル子の制度区分にシ点チェック。
-------------	---	---	----------------------

申請（届出）区分	<b>1</b> 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。
----------	-----------------	--------	-------	--------------------

1 申請事項変更	変更事項	①氏名 ②住所 ③保険 ④その他			「①氏名」にマルを付ける。
	①氏名	新氏名	清瀬 太郎	(子) 清瀬 花子 (子) 清瀬 一郎	変更後と変更前の氏名を記入する。 子の氏名に変更がある場合は(子)の欄に記入する。
		旧氏名	東京 太郎	(子) 東京 花子 (子) 東京 一郎	
	変更年月日	令和 元年 10月 1日			氏名変更を行った日付を記入する。
	②住所	新住所	〒 清瀬市	電話：	
		旧住所	清瀬市		
	変更年月日	平成 年 月 日			
	③加入した保険	<input type="checkbox"/> 清瀬市の国民健康保険以外は、 <b>保険証の写し</b> を添付することで記入の省略をすることができます			
		<input type="checkbox"/> 清瀬市の国民健康保険に加入の場合は、下記に記入 ↓			
		国保上の世帯主氏名	<input type="checkbox"/> 申請者本人	<input type="checkbox"/> 本人以外	申請者との続柄：
被保険者証記号番号	記号 4 4 一 番号				
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。			
④その他					
変更年月日	平成 年 月 日				
2 資格消滅	消滅理由	1 他の区市町村に転出 電話：			
		( 転出先： )			
		2 生活保護受給			
		3 死亡			
4 その他 ( )					
消滅年月日	平成 年 月 日				

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。

3 再交付	対象者氏名	
	再交付の理由	1 紛失 2 破いた 3 汚した 4 その他 ( )

上記のとおり、医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

令和 元年 10月 1日
<input type="checkbox"/> 発送済
<input type="checkbox"/> 窓口手渡し済

令和 元年 10月 1日

清瀬市長 殿

住所 清瀬市中里五丁目842番地

フリガナ キヨセ タロウ

申請者 氏名 清瀬 太郎

印

生年月日 昭和 50年 1月 1日  
平成

医療証の申請者の氏名などを記入し、押印する。  
※医療証の保護者氏名を記入すること。

(注) 記名押印に代えて、署名することができます。

認定番号							
------	--	--	--	--	--	--	--

乳 子

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	<input checked="" type="checkbox"/> 乳幼児医療	<input checked="" type="checkbox"/> 義務教育就学児医療	マル乳・マル子の制度区分に重点チェック。
-------------	---	---	----------------------

申請（届出）区分	<b>1</b> 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。
----------	-----------------	--------	-------	--------------------

1 申請事項変更	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。	
	① 氏名	新氏名	(子)				
		旧氏名	(子)				
	変更年月日	年 月 日					
	② 住所	新住所	〒 <b>204-0003</b> 清瀬市 <b>中里五丁目842番地</b>		電話： <b>090-0000-0000</b>		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を記入する。
		旧住所	清瀬市 <b>中清戸三丁目235番5号</b>				
	変更年月日	<b>令和 元年 10月 1日</b>					住所変更を行った日付を記入する。
	③ 加入した保険	<input type="checkbox"/> 清瀬市の国民健康保険以外は、 <b>保険証の写し</b> を添付することで記入の省略をすることができます					
		<input type="checkbox"/> 清瀬市の国民健康保険に加入の場合は、下記に記入 ↓					
		国保上の世帯主氏名 被保険者証 記号番号	<input type="checkbox"/> 申請者本人	<input type="checkbox"/> 本人以外	申請者との続柄：		
変更年月日	記号 <b>4 4 -</b> 番号		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	年 月 日						
2 資格消滅	消滅理由	1 他の区市町村に転出 電話： _____					
		( 転出先： _____ )					
		2 生活保護受給					
		3 死亡					
消滅年月日	4 その他 ( _____ )						
年 月 日							

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。

3 再交付	対象者氏名					
	再交付の理由	1 紛失 2 破いた 3 汚した 4 その他 ( _____ )				

上記のとおり、医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

令和 元年 10月 1日
<input type="checkbox"/> 発送済
<input type="checkbox"/> 窓口手渡し済

令和 元年 10月 1日

清瀬市長 殿

住所 **清瀬市中里五丁目842番地**

フリガナ **キヨセ タロウ**

申請者 氏名 **清瀬 太郎**

生年月日 **昭和 50年 1月 1日**

医療証の申請者の氏名などを記入し、押印する。  
※医療証の保護者氏名を記入すること。

(注) 記名押印に代えて、署名することができます。

認定番号							
------	--	--	--	--	--	--	--

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	<input checked="" type="checkbox"/> 乳幼児医療	<input checked="" type="checkbox"/> 義務教育就学児医療	マル乳・マル子の制度区分にシ点チェック。
-------------	---	---	----------------------

申請（届出）区分	<b>1</b> 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。
----------	-----------------	--------	-------	--------------------

1 申請事項変更	変更事項	① 氏名	② 住所	<b>③ 保険</b>	④ その他	「③ 保険」にマルを付ける。	
	① 氏名	新氏名	(子)				
		旧氏名	(子)				
	変更年月日	年 月 日					
	② 住所	新住所	〒 清瀬市	電話： _____			
		旧住所	清瀬市				
	変更年月日	年 月 日					
	③ 加入した保険	<input checked="" type="checkbox"/> 清瀬市の国民健康保険以外は、 <b>保険証の写し</b> を添付することで記入の省略をすることがで					対象児童の健康保険証の写しを添付する。清瀬市の国保に加入の場合は写しの添付不要で、国保上の世帯主・記号・番号を記入する。
		<input checked="" type="checkbox"/> 清瀬市の国民健康保険に加入の場合は、下記に記入 ↓					
		国保上の世帯主氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人	<input type="checkbox"/> 本人以外	申請者との続柄： _____		
被保険者証記号番号		記号 <b>44-00</b>		番号 <b>0000</b>			
変更年月日	<b>令和 元年 10月 1日</b>		※注意 共済保険の場合は児童手当確認する。				
④ その他	_____					新しい保険証の認定年月日又は資格取得年月日を記入する。	
変更年月日	平成 年 月 日						
2 資格消滅	消滅理由	1 他の区市町村に転出				電話： _____	
		( 転出先： _____ )					
		2 生活保護受給					
		3 死亡					
4 その他 ( _____ )							
消滅年月日	平成 年 月 日						

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。

3 再交付	対象者氏名	_____			
	再交付の理由	1 紛失 2 破いた 3 汚した 4 その他 ( _____ )			

上記のとおり、医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

令和 元年 10月 1日
<input type="checkbox"/> 発送済
<input type="checkbox"/> 窓口手渡し済

清瀬市長 殿

住所 **清瀬市中里五丁目842番地**

フリガナ **キヨセ タロウ**

申請者 氏名 **清瀬 太郎**

生年月日 **昭和 50年 1月 1日**

**印**

医療証の申請者の氏名などを記入し、押印する。  
※医療証の保護者氏名を記入すること。

(注) 記名押印に代えて、署名することができます。

認定番号							
------	--	--	--	--	--	--	--

申請（届出）の制度区分	<input checked="" type="checkbox"/> 乳幼児医療	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<b>2 資格消滅</b>	「2 資格消滅」にマルを付ける。

1 申請事項変更	変更事項	① 氏名 ② 住所 ③ 保険 ④その他（ ）		
	① 氏名	新氏名	(子)	
		旧氏名	(子)	
	変更年月日	年 月 日		
	② 住所	新住所	〒 清瀬市	電話： _____
		旧住所	清瀬市	
	変更年月日	年 月 日		
	③ 加入した保険	<input type="checkbox"/> 清瀬市の国民健康保険以外は、 <b>保険証の写し</b> を添付することで記入の省略をすることができます		
		<input type="checkbox"/> 清瀬市の国民健康保険に加入の場合は、下記に記入 ↓		
		国保上の世帯主氏名	<input type="checkbox"/> 申請者本人	<input type="checkbox"/> 本人以外 申請者との続柄： _____
被保険者証記号番号		記号 <b>4 4 -</b> 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	消滅理由	<b>1</b> 他の区市町村に転出 電話： <b>090-0000-0000</b> (転出先： <b>東京都東久留米市本町三丁目3番3号</b> )	該当する消滅理由の番号にマルを付ける。 転出の場合は転出先の住所も記入する。 ※生計主の変更による消滅の場合は4に○を付けて「生計主変更」と記入する。
		2 生活保護受給	
		3 死亡 4 その他 ( _____ )	
消滅年月日	令和 元年 10月 1日		消滅理由が生じた日付の前日の年月日を記入する。 ※転出の場合は、転出日の前日を記載する。

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。

3 再交付	対象者氏名	_____
	再交付の理由	1 紛失 2 破いた 3 汚した 4 その他 ( _____ )

上記のとおり、医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 発送済
<input type="checkbox"/> 窓口手渡し済

令和 元年 10月 1日

清瀬市長 殿

住所 **清瀬市中里五丁目842番地**

フリガナ **キヨセ タロウ**

申請者 氏名 **清瀬 太郎**

生年月日 **昭和 50年 1月 1日**  
平成

医療証の申請者の氏名などを記入し、押印する。  
※医療証の保護者氏名を記入すること。

(注) 記名押印に代えて、署名することができます。

認定番号	_____
------	-------

申請（届出）の制度区分	<input checked="" type="checkbox"/> 乳幼児医療	<input checked="" type="checkbox"/> 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	「3 再交付」にマルを付ける。
----------	----------	--------	-------	-----------------

1 申請事項変更	変更事項	① 氏名    ② 住所    ③ 保険    ④その他（    ）		
	① 氏名	新氏名	(子)	
		旧氏名	(子)	
	変更年月日	年    月    日		
	② 住所	新住所	〒    清瀬市    電話：    _____	
		旧住所	清瀬市	
	変更年月日	年    月    日		
	③ 加入した保険	<input type="checkbox"/> 清瀬市の国民健康保険以外は、 <b>保険証の写し</b> を添付することで記入の省略をすることができます		
		<input type="checkbox"/> 清瀬市の国民健康保険に加入の場合は、下記に記入 ↓		
		国保上の世帯主氏名	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外	申請者との続柄：    _____
被保険者証記号番号		記号 <b>4 4 -</b> 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	消滅理由	1 他の区市町村に転出    電話：    _____		
		( 転出先：    _____ )		
		2 生活保護受給		
		3 死亡		
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（消滅）しましたので届け出ます。

3 再交付	対象者氏名	<b>清瀬 花子</b>	再交付の対象児童の氏名を記入する。再交付の理由に○を付ける。
	再交付の理由	<input checked="" type="radio"/> 紛失 <input type="radio"/> 破いた <input type="radio"/> 汚した <input type="radio"/> その他（    _____ ）	

上記のとおり、医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

令和    年    月    日
<input type="checkbox"/> 発送済
<input type="checkbox"/> 窓口手渡し済

令和    元 年    10 月    1 日

清瀬市長 殿    住所 **清瀬市中里五丁目842番地**

フリガナ **キヨセ    タロウ**

申請者 氏名 **清瀬 太郎**

生年月日 **昭和 50 年    1 月    1 日**

医療証の申請者の氏名などを記入し、押印する。  
※医療証の保護者氏名を記入すること。

(注) 記名押印に代えて、署名することができます。

認定番号							
------	--	--	--	--	--	--	--