



申請事項変更 (消滅) 届兼医療証再交付申請書

申請 (届出) の制度区分	<input type="checkbox"/> 乳幼児医療・義務教育就学児医療・高校生等医療	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療
---------------	---	------------------------------------

申請 (届出) 区分	<input type="checkbox"/> 申請事項変更	<input type="checkbox"/> 資格消滅	<input type="checkbox"/> 再交付
------------	---------------------------------	-------------------------------	------------------------------

1 申請事項変更	変更事項	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 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	〒 _____ 電話: ()	ひとり親不可
		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、 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		
		<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 44- _____ 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: ()	ひとり親不可
		(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	_____
	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

年 月 日

清瀬市長 殿 住所 清瀬市 _____

フリガナ

申請者 氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

下記は、市記入欄となりますので記入しないでください。

宛番号	_____	入力	発送
備考	_____	/	/