



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	<input type="checkbox"/> 義務教育就学児医療
-------------	--------------------------------	------------------------------------

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	変更事項	① 氏名 ② 住所 ③ 保険 ④その他（ ）			
	① 氏名	新氏名	(子) _____ (子) _____		
		旧氏名	(子) _____ (子) _____		
	変更年月日		年	月	日
	② 住所	新住所	〒 _____ 電話： _____ 清瀬市		
		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		年	月	日	
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	_____
	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

令和 年 月 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

フリガナ

申請者 氏名

印

生年月日

昭和
平成

年

月

日

(注) 記名押印に代えて、署名することができます。

認定番号

--	--	--	--	--	--	--	--