

第8号様式(第10条関係)

児童医療費助成事業 申請事項変更・受給資格消滅届

(宛先) 大田区長

届出日 年 月 日

保護者 氏名	フリガナ								住所	大田区				
										電話	()			
対象 児童	受給者番号								児童名			生年月日	年	月
	受給者番号								児童名		生年月日	年	月	日
	受給者番号								児童名		生年月日	年	月	日
	受給者番号								児童名		生年月日	年	月	日

次のとおり、児童医療費助成事業の申請事項が変更・受給資格が消滅しましたので届け出ます。

変更届 変更年月日 年 月 日

住所	新	大田区
	旧	大田区

氏名 (保護者)	新	フリガナ	旧	フリガナ	変更理由	
氏名 (児童)	新	フリガナ	旧	フリガナ	変更理由	
	新	フリガナ	旧	フリガナ	変更理由	
	新	フリガナ	旧	フリガナ	変更理由	
新	フリガナ	旧	フリガナ	変更理由		

健康保険 (変更後)	保険の種類別		1 国保 2 国組(都・全国) 3 国組(都外) 4 組合 5 協会 6 共済 7 その他 ()					
	記号		番号		被保険者氏名			
	保険者番号			資格取得日		年	月	日

※お子様の保険証コピーまたは健康保険情報が確認できる書類のコピーを添付してください。

消滅届 事由発生年月日 年 月 日

消滅事由	1 転出 2 死亡 3 施設入所 4 生保受給 5 その他 ()
------	-----------------------------------

事務処理欄

受付	住記情報	交付方法		旧医療証回収	処理者	受付者
<input type="checkbox"/> 窓口	済 / 未済	<input type="checkbox"/> 窓口希望	交付日(/)	済 / 未済		
<input type="checkbox"/> 電話		<input type="checkbox"/> 郵送希望	送付日(/)			

