

(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 氏 名		生年月日	年 月 日
	受給者 番 号							児 童 氏 名		生年月日	年 月 日
	受給者 番 号							児 童 氏 名		生年月日	年 月 日
	受給者 番 号							児 童 氏 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

※公簿（マイナンバーを利用した情報連携を含む。）で確認するため、健康保険情報のわかる書類の提出は不要です。
公簿で健康保険情報が確認できない場合には、健康保険情報のわかる書類の提出を求める場合があります。

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
☐ 窓口	済 / 未済	☐ 窓口希望	交付日 (/)	済 / 未済		
☐ 電話		☐ 郵送希望	送付日 (/)			

