

記入例

医療証に記載されている保護者の氏名です。

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 オオタ タロウ	住所	大田区			
	大田 太郎		蒲田 5-13-00			
対象 児童	受給者番号	1 2 3 4 5 6 7	児童氏名	大田 一郎	生年月日	○年○月○日
	受給者番号	7 6 5 4 3 2 1	児童氏名	大田 次郎	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
変更届 変更年月日 ○年 ○月 ○日

住所	新	大田区 蒲田 5-13-00
	旧	大田区 蒲田 1-23-00

氏名が変更になった理由をご記入ください。

氏名 (保護者)	新	フリガナ オオタ タロウ 大田 太郎	旧	フリガナ ハネダ タロウ 羽田 太郎	変更理由	
	新	フリガナ オオタ イチロウ 大田 一郎	旧	フリガナ ハネダ イチロウ 羽田 一郎	変更理由	
氏名 (児童)	新	フリガナ オオタ シロウ 大田 次郎	旧	フリガナ ハネダ シロウ 羽田 次郎	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	1234	番号	5678	被保険者氏名	大田 太郎
	保険者番号	01234567		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 事由発生前年月日 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()
------	----------------------------------

この様式は、以下の場合にご提出いただくものです。

- 区内で保護者の住所が変更になったとき
- 保護者またはお子様の氏名が変更になったとき
- お子様の健康保険が変更になったとき ※この場合、お子様の保険証の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。
※公簿で確認できる場合は提出不要です。

記入上のご注意

- この様式で保護者の変更をすることはできません。
- 保護者またはお子様の氏名が変更になったときは、事前にご相談ください。
- 消滅届としての用途で使用を希望する場合は、事前にご相談ください。