

該当の医療費助成制度にチェックをつけてください。

- ☐ ひとり親家庭等医療費助成制度
- ☒ 子どもの医療費助成制度

市外へ転出の場合

申請事項変更(消滅)届

負担者番号	8	8	1	3	7	3	1	0	フリガナ	チョウフ イチロウ
受給者番号	3	0	1	0	1	2	3		氏 名	調布 一郎
									生年月日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日
負担者番号	8	8	1	3	8	3	1	8	フリガナ	チョウフ ハナコ
受給者番号	3	0	1	2	5	4	7		氏 名	調布 花子
									生年月日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日
負担者番号									フリガナ	
受給者番号										

対象者毎に医療証の負担者番号・受給者番号・氏名・生年月日を記入してください。

変更の場合	☐ 氏名	フリガナ 旧氏名										
		フリガナ 新氏名										
		変更理由	1 入籍 2 離婚 3 養子縁組 4 その他()									
	☐ 住所	旧住所										
新住所		世帯全員・世帯の一部(氏名:)										
☐ 加入健康保険	保険者名称						保険者番号					
☐ その他の事項												
消滅の場合	消滅理由	1 転出(転出先住所 北海道札幌市)										
		2 死亡(子ども・保護者)										
		3 生活保護受給										
	転出届に記入した転出日を記入してください。											
	消滅年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日										
調布市長 宛												
上記のとおり、(申請事項が変更・受給資格が消滅)したの												
○ 年 ○ 月 ○ 日												
住 所 調布市 小島町1-1-1 マンション調布101												
電話番号 (自宅・父・母) 090 (1234) 5678												
氏 名 調布 太郎												
現住所・連絡のとれる電話番号・医療証に記載の保護者名を記入してください。												