

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

市内転居の場合

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	
	チェックをつけてください。		1 入籍 2 離婚 3
	☒ 住所	旧住所	調布市小島町1-1-1 コーポ調布101
		新住所	調布市調布ヶ丘2-2-2 調布マンション301
☐ 加入健康保険	保険者名称	世帯全員・世帯の一部(氏名: 調布 花子・調布 和子)	
☐ その他の事項	転居日を記入してください。		
変更年月日		○ 年 ○ 月 ○ 日	

世帯全員での転居は「世帯全員」に○をつけてください。
一部の方の転居は「世帯の一部」に○をつけ、氏名を記入してください。

場合	4 子どもを監護しなくなった 5 その他 ()
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
○ 年 ○ 月 ○ 日

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。

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