

職員 処理欄	医療証発行		医療証回収		受付
	済	未	有	後日 郵便・窓口	

台東区子ども医療費助成
申請事項変更届兼受給資格消滅届

医療証	負担者番号	8	8	1	3				
	受給者番号								
児童	氏名								
	生年月日	年 月 日生				年 月 日生			
	氏名								
	生年月日	年 月 日生				年 月 日生			
保護者 (医療証記載)	氏名								

変更の場合	変更事項	1 氏名変更(保護者・子ども) 2 住所変更	
		③ 加入健康保険変更 4 その他	
	変更年月日	年 月 日	
	変更内容	変更前	変更後

消滅の場合	消滅理由	1 他の市区町村に転出 転出先住所
		電話番号 ()
		2 生活保護受給 平成 年 月 日 保護開始
		3 保護者変更
		4 その他()
	消滅年月日	年 月 日

申請事項を変更

上記のとおり、子ども医療費助成制度の 受給資格が消滅 しましたので届け出ます。

年 月 日

台東区長 殿

住所 _____

氏名 _____

担当入力
チェック

/