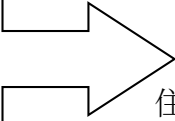


**記入例**

年 月 日

(宛先)  
秦野市長

**申請者の住所・氏名**  
申請者変更の場合は変更後の申請者、住所変更の場合は新住所を記入してください。



住所 秦野市桜町1-3-2  
氏名 秦野 太郎  
電話 090-1234-5678

次のとおり、小児医療費助成資格取得申請書の申請事項に変更がありました(受給資格が喪失しました)ので届け出ます。

3人以上の場合は、欄外にご記入ください。

医療証番号	受給者番号	0	1	2	3	4	5	6	
変更理由		①申請者 ②氏名 ③住所 ④加入保険 ⑤その他							
変更の場合	申請者	新	秦野 太郎						
		旧	秦野 花子						
	対象児	新	変更理由は該当するものすべてに○を付けて、変更事項をご記入ください。						
		旧							
	住所	新	秦野市桜町1-3-2						
		旧	秦野市本町1-3-2						
加入保険	種類	1国保 2組合 3協会 4日雇 5船員 6共済							
	被保険者名	加入保険変更の場合、お子様の保険証コピーの添付があれば記入不要です。							
	記号番号枝番								
	保険者番号								
	名称								
所在地									
その他の事項									
変更年月日		年 月 日							
消滅の場合	消滅理由	1 他の市町村に転出 2 死亡 3 生活保護受給 4 ひとり親家庭等医療助成対象				5 重度障害者医療助成対象 6 その他の医療助成対象 7 その他			
	転出先								
	異動年月日	年 月 日			消滅年月日		年 月 日		

消滅理由に○を付けてください。

**転出の場合：転出予定日**  
**他制度開始の場合：他制度の開始日**  
**死亡の場合：記入不要**

消滅理由を問わず記入不要です。