

乳幼児・義務教育就学児・高校生等医療証用（見本）
 児童を監護しなくなった（消滅）する場合

医療証番号	負担者番号	8	●	1	3	●	4	8	●	医療証の番号をご記入ください。 児童が2人の場合、 2行で書いてください。	
	受給者番号	●	●	●	●	●	●	●	●		
変更の場合	新氏名 (旧氏名)										
	新住所 (旧住所)	〒206-08		東京都稲城市		電話		()			
	新加入医療保険	被保険者等 記号・番号	記号					番号			
		被保険者の氏名									
		申請者との続柄	本人 ・ 配偶者 ・ その他 ()								
		保険者番号									
		保険者名	1 稲城市国民健康保険 又は () 国民健康保険組合 2 () 健康保険組合 3 全国健康保険協会 () 支部 4 () 共済組合 () 支部 5 その他 ()								
保険者の住所地											
変更年月日	. .										
消滅の場合	消滅理由	1 子が他の区市町村に転出 (転出先 (電話 - -)) 2 生活保護受給 3 死亡 4 監護・生計関係がない (離婚等による) 5 他制度該当 (マル親非課税・マル障) 6 所得超過 (所得更正・年金変更等による) 7 その他 () 婚姻のため () な生計者の変更のため ()									
		消滅年月日	令和 △△ . ○ . ×								
上記のとおり、乳幼児・義務教育就学児・高校生等医療費助成制 申請書に提出します。											
医療証に記載の保護者(親)の 氏名・生年月日をご記入ください。					令和 △ 年 △ 月 △ 日 窓口に提出する日をご記入ください。						
稲城市長 殿		受給者 (保護者)		住所 東京都稲城市 東長沼2111-101		氏名 稲城 梨之助		生年月日 昭和 45 . 6 . 7			