

乳幼児・義務教育就学児・高校生等医療証用（見本）  
市内転居の場合

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 <b>24</b> 東京都稲城市 <b>若葉台3-3-3 若葉台マンションQ-101</b> 電話 <b>090 (XXXX) XXXX</b> (東京都稲城市 )									
	被保険者 記号・番号	記号							番号		
	上段に新しい住所をご記入ください。 変わらない場合も電話番号をご記入ください。										
入 医 療 保 険	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	令和 △△ . ○ . ×									
消 滅 の 場 合	消滅理由	1 子が他の区市町村に転出 (転出先 ) 2 生活保護受給 住民票の異動日 (転居日) をご記入ください。 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 主な生計者の変更のため }									
	消滅年月日										
転出前の住所と、 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。		就学児・高校生等医療費助成制 出ます。						窓口に提出する日をご記入ください。			
稲城市長 殿		住所 東京都稲城市 <b>東長沼2111-101</b>						令和 △ 年 △ 月 △ 日			
受給者 (保護者)		氏名 <b>稲城 梨之助</b>									
		生年月日 <b>平成 3 . 6 . 7</b>									

□ 保険証確認