

乳幼児・義務教育就学児・高校生等医療証用（見本）
 児童が市外転出（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	新氏名 (旧氏名)	()									
	新住所 (旧住所)	〒206-08 東京都稲城市 電話 ()									
	被保険者 記号・番号	記号							番号		
※ 家族全員での転出ではなく、児童だけの転出、あるいは保護者のみの転出の場合は、その旨を申し出てください。他にも書類が必要な場合があります。											
場 合	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	. .									
消 滅 の 場 合	消滅理由	① 子が他の区市町村に転出 (転出先 多摩市多摩111-202 (電話 090-XXXX-XXXX)) 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) 転出日をご記入ください。 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	令和 △△ . ○ . ×								
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。 令和 △ 年 △ 月 △ 日 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									
稲城市長 殿		受給者 (保護者)									
窓口に提出する日をご記入ください。											

□ 保険証確認