子ども医療費助成制度変更（消滅）届

受付年月日	

子ども	氏　　名	生年月日	受給者番号
		年　　月　　日	
		年　　月　　日	
		年　　月　　日	

変更の場合	1. 氏名変更	□子ども □保護者	旧氏名		新氏名	
			旧氏名		新氏名	
			旧氏名		新氏名	
			旧氏名		新氏名	
	2. 住所変更	旧住所	板橋区			
		新住所	板橋区			
	3. 保護者変更	旧保護者氏名		子どもとの続柄		
		新保護者氏名		子どもとの続柄		
		新保護者電話番号				
	4. 保険変更 （子どもの保険証コピーを添付）	新加入保険	保険者番号			
			保険者名称			
			記　号		番　号	
			被保険者氏名		子どもとの続柄	
	5. その他	（　　年　　月　　日　変更）				
消滅の場合	消滅理由	1. 転　出	転出先住所			
			電話番号			
		2. 生活保護受給				
		3. 施設入所				
		4. その他（　　）				
	消滅年月日	年　　月　　日				

保険証コピーのとおり

（宛先）　東京都板橋区長

上記のとおり、子ども医療費助成制度の（申請事項が変更・受給資格が消滅）しましたので届け出ます。

届出の内容について、公簿等で確認（電子計算機の利用を含む）することに同意します。

年　　月　　日

住　所　板橋区

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　TEL＿＿＿＿＿＿＿＿

区処理欄

変更前の加入保険	**最新の**加入保険	再交付方法	窓口受付	入力	照合	発送
都外国保 ・ 都外国保以外	都外国保 ・ 都外国保以外	窓口 ・ 郵送 ・ 再交付不要				