受付年月日	

子どもとの続柄

年

月

日 変更)

)

子ども医療費	費助成制	度変	更(消	消滅) 届	1	受付年	月日				
氏	名		生年月日				受給者番号				
				年	月	日					
				年	月	日					
				年	月	日					
		旧氏名				新氏》	名				
	口子ども	旧氏名	1			新氏少	名				
1. 氏名変更 	□保護者	旧氏名	ī			新氏名	名				
		旧氏名	ı			新氏》	名				
0. 化正本軍	旧住所	板橋区	ζ.			•	•				
変 2. 住所変更 更	新住所	板橋区	₹.								
ў Ф	旧保護者	氏名				子	どもとの	の続柄			
3. 保護者変更	新保護者	氏名				子	どもとの	の続柄			
	新保護者電	話番号									
	保険	者番号									
4. 保険変更 (子どもの保険証コピー	加保険	者名称		保	険証コ	ピーの	とお	ا ا			
を添付)		号				番	号				
	氏 1. 氏名変更 2. 住所変更 3. 保護者変更 4. 保険変更 (子どもの保険証コピー	氏 名 1. 氏名変更 □子ども □保護者 2. 住所変更 旧住所 新住所 新住所 新保護者 新保護者 新保護者 新保護者 新保護者 新保護者 新保護者 に子どもの保険証コピートを添付)	氏 名 1. 氏名変更 1. 氏名の保護者 旧氏名 旧氏名 「旧氏名」 「旧住所」 「板橋」」 「根橋」」 「根護者氏名」 「田保護者氏名」 「新保護者電話番号」 「保険者者を添付」」 「保険者者を添付」」 「保険者名称」 「民党もの保険証コピー」を添付」 「民党もの保険証コピー」を添付」 「民党もの保険証コピー」を添付」 「民党もの保険証コピー」を添付」 「民党もの保険証コピー」を添付」 「民党もの保険証コピー」を添付」 「民党者名称」 「民党者者称」 「民党者者者称」 「民党者者者称」 「民党者者者称」 「民党者者者称」 「民党者者者称」 「民党者者者称」 「民党者者者者称」 「民党者者者者者者者者者者者者者者者者者者者者者者者者者者者者者者者者者者者者	氏 名 1. 氏名変更 □子ども □保護者 □氏名 □旧氏名 □旧氏名 □旧氏名 □旧氏名 □旧氏名 □旧氏名 □日住所 板橋区 新住所 板橋区 新住所 板橋区 新住所 板橋区 新保護者氏名 新保護者氏名 新保護者氏名 新保護者氏名 新保護者の保護者氏名 新保護者の保護者の保険証コピーを添付) に子どもの保険証コピーを添付) に 号	氏 名 生 名 年 年 年 1. 氏名変更 旧氏名	年 月 年 月 年 月 年 月 年 月 年 月 年 月 年 月 年 月 年	氏名 生年月日 年月日 日日 日田氏名 田田氏名 田田氏名 新氏名 新日 新田氏名 田田氏名 新氏名 新氏名 新田氏名 新氏名 新田氏名 新氏名 新田氏名 新氏名 新田氏名 新氏名 新田氏名 新氏名 新田氏名 新田氏名 新田氏名 新田氏名 新田氏名 新田氏名 新田氏名	氏 名 生年月日 年 月 日 年 日 年 日 年 日 年 日 年 日 年 日 年 日 年 日 年 日 年	氏名 生年月日 受給 年月日 日日 年月日 日日 年月日日 日日 年月日日 日日 1. 氏名変更 日氏名日氏名日氏名日氏名日氏名日氏名日氏名日氏名日氏名日氏名日氏名日氏名日氏名日	氏名 生年月日 受給者番 年月日 年月日 年月日 日日 第氏名 新氏名 日日氏名 新氏名 日日氏名 新氏名 日日氏名 新氏名 日日所述 板橋区 3. 保護者変更 新保護者氏名 4. 保険変更 (子どもの保験証コピー を添付) 保険者名称 (保険者名称 (保険者名称) 保険正コピーのとおり (保険者名称) 4. 保険変更 (子どもの保験証コピー を添付) 保険者名称 (日、日本) 保険計画コピー を添付)	氏名 生年月日 受給者番号 年月日 日日 年月日 日日 年月日日 日日 年月日日 日日 年月日日 日日 年月日日 日日 年月日日 日日 年月日日 新氏名 日日 新氏名 新日 新氏名 新住所 板橋区 子どもとの続柄 新保護者氏名 子どもとの続柄 新保護者話番号 保険者番号 保険者番号 保険者番号 保険者番号 保険者番号 保険者番号 保険者番号 保険者番号 保険者番号 保険者番号 保険者番号 日、保険者番号 保険者番号 日、保険者番号 保険者番号 日、保険者番号 保険者番号 日、日、日、日、日、日、日、日、日、日、日、日、日、日、日、日、日、日、日、

		1. 転 出	転出先住所
消	消滅		電話番号
	1//554		

2. 生活保護受給

3. 施設入所

4. その他(

消滅年月日 年 月 日

被保険者氏名

(宛先) 東京都板橋区長

5. その他

の場合

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

___ Tel_ 保護者氏名____

<u> </u>					_	
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				