

受付印

# 医療証等申込事項変更（消滅）届

府中市長

次のとおり、申請事項が変更・受給資格が消滅しましたので届出します。

届出日		平成 年 月 日					
受給者	フリガナ 氏名			認定番号	第 号		
	住所	府中市			医療証番号		
		電話番号（ ）					
対象の児童	フリガナ 氏名	生年月日		負担者番号		受給者番号	
	①	平成 年 月 日		8 8 1 3 2 9			
	②	平成 年 月 日		8 8 1 3 2 9			
	③	平成 年 月 日		8 8 1 3 2 9			

○変更する項目にチェックを入れてください。

変更の 場合	<input type="checkbox"/> 住所	全員 ・ 一部 ※一部の場合（氏名： ）			<input type="checkbox"/> 同居 → 別居 <input type="checkbox"/> 別居 → 同居		市処理欄 ① ② ③
		府中市					
		電話番号（ ）					
	<input type="checkbox"/> 保険	変更後の詳細については別添写しのとおり					
<input type="checkbox"/> 口座	振込先	金融機関名	支店名	口座種別 1 普通 2 当座 4 貯蓄	名義人（カタカナで記入）		① ② ③
				口座番号			
<input type="checkbox"/> その他の事項	（氏名） （内容）						① ② ③
変更年月日	年 月 日						

○該当する理由にチェックを入れてください。

消滅の 場合	消滅の理由	<input type="checkbox"/> 府中市より転出したため。 転出先住所 電話番号（ ）					① ② ③
		<input type="checkbox"/> 公務員となったため。 <input type="checkbox"/> 生計中心者が変更となったため。 <input type="checkbox"/> 死亡したため。（受給者・児童） <input type="checkbox"/> 児童が15歳年度末に到達したため。 <input type="checkbox"/> 児童を監護しなくなったため。 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
消滅年月日	年 月 日						

不足書類						<input type="checkbox"/> 依頼済（ / ）
備考	新医療証発行（済・未）	医療証回収（親・子・乳）	原本（子手・医療）添付		住基確認済 <input type="checkbox"/>	現況済 <input type="checkbox"/>
	新受給者（保護者）の新規申請（有・無） 氏名 _____ 生年月日 _____					
						受付者