

様式第6号（第10条関係）

申請事項変更（消滅）届

医療証 番号	負担者番号									
	受給者番号									
変 更 の 場 合	新氏名（旧氏名）	（ ） のため変更）								
	新住所 （旧住所）	〒 （電） （ ）								
	新加入医療保険	保険の種類								
		被保険者氏名				申請者との続柄				
		被保険者証 記号番号	（枝番）			保険者名	番号 名称			
		保険者所在地	〒 （電）							
		付加給付の有無	年 月 日							
	その他の事項									
変更年月日	年 月 日									
消滅の 場合	消滅理由	1 他区市町村に転出 （転出先 （電） ）								
		2 生活保護受給 3 死亡 5 その他								
消滅年月日		年 月 日								
<p style="text-align: center;">申請事項が変更</p> <p>上記のとおり、高校生等医療費助成制度の受給資格が消滅しましたので届け出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">日の出町長 殿</p> <p style="text-align: right;">住所 氏名</p>										