別記様式第7号(第21条関係)

㊀　申請事項変更(消滅)届

負担者番号

受給者番号	受給者氏名	生年月日
/		年　月　日
/		年　月　日
/		年　月　日

1　医療証交付申請書の記載事項を以下のとおり変更しましたので、届け出ます。

変更年月日　　年　月　日

1　氏名	新)　　(　　のため変更) 旧)
2　住所	〒　　文京区 新) 電話番号
	旧)
3　同居親族等	氏名　　(　　のため変更) 個人番号(扶養義務者等のみ)
4　加入保険	別紙のとおり(新保険証の表面の写しを資格者全員分添付)
5　新勤務先	名称 電話番号
6　所得更正	別紙のとおり(申告書の写し等を添付)
7　個人番号	新)　　旧)
8　その他	新)　　旧)

2　文京区ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例による助成を受ける資格が消滅しましたので、届け出ます。

消滅年月日　　年　月　日

消滅理由	1　文京区外に転出 (転出先住所)
	2　生活保護受給　3　死亡　4　ひとり親家庭等でなくなった (具体的理由　　) 5　その他 (　　)

この届出に関し、私の所得及び課税の状況について、公簿等により調査をすることに同意します。

年　月　日

文京区長　殿

住所

連絡先電話番号

氏名　　㊞