

重度心身障がい者医療費受給資格（変更・喪失）及び再交付届

年 月 日

（宛先）江別市長

届出者 住 所 江別市  
氏 名  
個人番号  
電話番号

下記のとおり届出します。

記

受給者氏名		個人番号		受給者証番号		第 号
住 所	旧					変更 年 月 日
	新	.....				
氏 名	旧					変更 年 月 日
	新	.....				
生計維持者	旧	住所				変更 年 月 日
		氏名	.....			
	新	住所				
		氏名	.....			
医 療 保 険	旧	保険者名			記号番号	変更 年 月 日
	新		.....			
	被保険者氏名		旧			変更 年 月 日
		新	.....			
課税区分変更		旧	課税	非課税		変更 年 月 日
		新	課税	非課税		
等級の変更		旧		新	変更 年 月 日	
再 交 付	理由	1 紛失 2 毀損 3 その他（ ）				
	期日	年 月 日				
資 格 喪 失	理由	1 死亡 2 転出 3 生活保護受給 4 その他（ ）				
	期日	年 月 日				
備 考						