第３号様式（第８条及び第９条関係）

ひとり親家庭等医療費受給資格（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 |
|  | | | | |  | | | 第　　　　　　号 |
|  | | | | |  | | | 第　　　　　　号 |
| 住　　所 | 旧 |  | | | | | | | | | | | 変更  年　　月　　日 |
| 新 |  | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | 旧 |  | | | | | | 新 | |  | | | 変更  年　　月　　日 |
|  | | | | | |  | | |
|  | | | | | |  | | |
| 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 | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | |