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 |  |