

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		
	新						年 月 日		
氏 名	旧			新			変更			
							年 月 日			
生計維持者	旧	住所						変更		
		氏名							
	新	住所								
		氏名							
医 療 保 険	旧	保 険 者 名				記 号 番 号			変更	
	新			年 月 日	
	被保険者氏名		旧						変更	
		新					年 月 日		
課税区分変更		旧	課税		非課税			変更		
		新	課税		非課税			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										