

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 | | |
| | | | | | | | | 年 月 日 | | |
| | 新 | 被 保 険 者 氏 名 | 旧 | | | | | | 変更 | |
| | | | 新 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |