

子ども医療費受給資格（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			生年月日	年 月 日	受給者証番号	第 号
			個人番号			
			生年月日	年 月 日		第 号
			個人番号			
			生年月日	年 月 日		第 号
			個人番号			
住 所	旧				変更	年 月 日
	新				
氏 名	旧			新	変更	
					年 月 日	
医 療 保 険	旧	保 険 者 名			記 号 番 号	変更
	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		
	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						