

Application for Out-of-Province Benefits by Persons Moving Permanently from Manitoba

Demande d'indemnisation hors province à l'intention des personnes qui quittent définitivement le Manitoba

Manitoba Health

Santé Manitoba



Insured Benefits Branch
300 Carlton Street, Winnipeg, MB R3B 3M9
Telephone: (204) 786-7101 Fax: (204) 783-2171
NO CHARGE DIAL IN NORTH AMERICA
Toll Free: 1-800-392-1207 Toll Free Fax: 1-866-608-2983
Website: www.gov.mb.ca/heath

Direction des services assurés
300, rue Carlton, Winnipeg, MB R3B 3M9
Téléphone : (204) 786-7101 Télécopieur : (204) 783-2171
AUCUNS FRAIS-COMPOSEZ AU AMÉRIQUE DU NORD
Sans frais : 1-800-392-1207 Sans frais télécopieur: 1-866-608-2983
Site web: www.gov.mb.ca/heath/index.fr.html

(Complete either Section 1 or Section 2 below. Section 3 to be completed in every case)
(Remplir la 1^{re} ou la 2^e section selon le cas. La 3^e section doit être remplie obligatoirement)

SECTION 1 – To be completed by: a) single persons b) families that leave the province together.
1^{re} SECTION – À remplir par : a) les personnes célibataires b) les familles qui quittent la province.

This is to certify that I, _____
Je soussigné(e) _____
(Name of Insured Person)
(nom de l'assuré(e))

Registration Number _____ (and my dependents, if any) will be leaving
titulaire du n° d'immatriculation _____ certifie que je quitterai (en compagnie des
personnes à ma charge, s'il y en a) le

Manitoba on _____ to take up, residence in
Manitoba le _____ (Day, Month, Year) afin de m'installer dans
(jour, mois, année)

_____ on _____
(Name of Province/Territory or Country) le (Day, Month, Year)
(nom de la province/territoire ou le pays) (jour, mois, année)

OR / OU

SECTION 2 – To be completed in cases where the family head (husband or wife) leaves the province prior to his/her dependants.
2^e SECTION – À remplir par le chef de famille (mari ou femme) lorsque son départ de la province précède celui des personnes à sa charge.

This is to certify that I, _____
Je soussigné(e) _____
(Name of Insured Person)
(nom de l'assuré(e))

Registration Number _____ will be leaving Manitoba on
titulaire du n° d'immatriculation _____ certifie que je quitterai le Manitoba le

_____ to take up residence in _____
(Day, Month, Year) afin de m'installer dans (Name of Province/Territory or Country)
(jour, mois, année) (nom de la province/territoire ou le pays)

on _____ . My dependents will be leaving Manitoba on
le _____ (Day, Month, Year) Les personnes à ma charge quitteront le Manitoba le
(jour, mois, année)

_____ to take up residence in _____
(Day, Month, Year) afin de m'installer dans (Name of Province/Territory or Country)
(jour, mois, année) (nom de la province/territoire ou le pays)

on _____
le _____ (Day, Month, Year)
(jour, mois, année)

SECTION 3 / 3^e SECTION

My Manitoba mailing address is/was:
Mon adresse au Manitoba est/était :

My new mailing address will be:
Ma nouvelle adresse sera :

Telephone
Téléphone _____

Telephone
Téléphone _____

Date

Signature

“The purpose for which this information is being collected is to enable Manitoba Health to provide you with health coverage and/or service. If you require any further information about the collection of this information, please do not hesitate to contact a Manitoba Health representative at 786-7101.”

« Ces renseignements sont demandés pour permettre à Santé Manitoba de vous offrir des services de santé ou une assurance-maladie. Si vous avez besoin d'autres renseignements au sujet de cette collecte, n'hésitez pas à communiquer avec un représentant de Santé Manitoba au 786-7101. »