

**Application for Registration - Medicare
P.O. Box 5100 Fredericton, N.B. E3B 5G8**

Telephone: 1-888-762-8600 toll free or
Out of Province (506) 684-7901



**Health and Wellness
Santé et Mieux-être**

**Demande d'inscription - Assurance-maladie
C.P. 5100 Fredericton N.-B. E3B 5G8**

Téléphone: 1-888-762-8600 numéro sans frais ou
l'extérieur de la province (506) 684-7901

↓ If address is incorrect please show corrected address below/
Si l'adresse est inexacte, veuillez faire les corrections ci-dessous ↓

If your mailing address is a box number, rural route or general delivery, provide exact location of residence

Si votre adresse postale est un numéro de boîte, une route rurale ou une livraison générale, veuillez nous indiquer le lieu exact de votre résidence.

IMPORTANT
Both sides of this form **MUST** be completed as incomplete applications will be returned.

IMPORTANT
On doit prendre soin de bien remplir les deux côtés de la formule. Toute demande incomplète vous sera retournée.

Are you a: New Resident Returning Resident

Êtes-vous un(e) résident(e) : Récent(e) De retour

Language Preference: English French

Langue préférée : Anglais Français

“Dependent” means a spouse or child living in New Brunswick.
“Child” means a child, step-child, legally adopted child or legal ward of a registrant who is:

«Personne à charge» désigne un conjoint ou un enfant qui habite le Nouveau-Brunswick.
«Enfant» désigne un enfant, un beau-fils ou une belle-fille, un enfant adoptif ou un pupille qui est :

- (a) mainly supported by the registrant,
- (b) unmarried, and
- (c) 19 years of age or younger, or under 21 years and in full-time attendance at a school or university outside of New Brunswick.-
Note: Provide name and address of school or university.

- a) à la charge du demandeur;
- b) célibataire; et
- c) âgé de 19 ans ou moins, ou de moins de 21 ans et qui fréquente à plein temps une école ou une université située à l'extérieur de la province.- Nota : Veuillez indiquer le nom de l'école ou de l'université.

List below your name and all members of your household in accordance with the above definitions:

Veillez inscrire ci-dessous votre nom ainsi que celui des personnes résidant avec vous selon les définitions ci-dessus :

If applicable, Medicare Number/ N° d'Assurance- maladie le cas échéant	Last Name/Nom de famille	First Name/ Prénom	Organ Donor/ Donneur d'organe		Date of Birth/ Date de naissance			Sex/ Sexe M/F	Marital Status/ État civil	Left N.B. Date de départ du N.-B.			Entered N.B. Date d'entrée au N.-B.			
			Yes/ Oui	No/ Non	D/J	MM	Y/A			D/J	MM	Y/A	D/J	MM	Y/A	
	Registrant /Demandeur															
	Spouse/Conjoint															
	Dependents/Personnes à charge															

Reason for absence from New Brunswick. _____

Raison de votre absence du Nouveau-Brunswick

In which Province or Country did you previously reside? _____

Dans quelle province ou quel pays résidiez-vous?

Have you applied for and/or received another provincial health coverage from another province or country? Yes / Oui No / Non

Avez-vous fait une demande et/ou êtes-vous actuellement couvert(e) en vertu d'un autre régime d'assurance-maladie provincial ou d'un autre pays?

State your health insurance number in your former Province or Country. _____

Inscrivez le numéro d'Assurance-maladie de votre ancienne province ou pays. _____

Do you intend to make New Brunswick your permanent residence?

Yes / Oui No / Non

Avez-vous l'intention d'établir une résidence permanente au Nouveau-Brunswick?

Have you come to New Brunswick to attend school or university?

Yes / Oui No / Non

Êtes-vous venu(e) au Nouveau-Brunswick afin de fréquenter une école ou une université?

Date of moving/returning to live permanently in New Brunswick.

D/J MM Y/A

Date de déménagement ou de retour pour habiter de façon permanente au Nouveau-Brunswick.

Are all applicants Canadian Citizens?

Yes / Oui No / Non

Les demandeurs sont-ils tous citoyens canadiens?

New and Returning Residents to New Brunswick, please supply proof of Canadian Citizenship for all applicants

Les nouveaux résidents ou résidents de retour au Nouveau-Brunswick doivent nous faire parvenir une preuve de citoyenneté canadienne pour tous les requérants(es).

All Non-Canadians must forward a copy of all Canadian Immigration identification records.

Tous les citoyens non-canadiens doivent nous faire parvenir une copie de tous les dossiers d'identité du Centre d'immigration Canada.

IF MARRIED, COMPLETE THIS SECTION ALSO

SI MARIÉ(E), REMPLIR CETTE SECTION

Did your spouse and dependant children accompany you?

Yes / Oui No / Non

Votre conjoint et vos personnes à votre charge vous ont-ils accompagnés?

If no, when are they expected to join you?

D/J MM Y/A

Si non, quand vous rejoindront-ils?

New Brunswick Medicare number of spouse

N° d'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick du conjoint

Name of spouse prior to marriage

Nom du conjoint(e) avant le mariage

If spouse was previously married, give name

Indiquez le nom du conjoint(e) s'il/elle était marié(e) auparavant

Are/Were you or your spouse a regular member of:

Est-ce que vous ou votre conjoint(e) êtes/étiez membre régulier :

The R.C.M.P. / de la G.R.C. The Armed Forces / des Forces armées

Date of enlistment / Date d'engagement

D/J MM Y/A

Official date of discharge / Date officielle du retrait

D/J MM Y/A

Name of member / Nom du membre

State Province of Release / Nom de la province du retrait

If being released from a penal institution:

Si vous êtes mis en liberté par un pénitencier :

Federal / Fédéral Provincial / Provincial

Date of entry / Date d'entrée

D/J MM Y/A

Date of release / Date de mise en liberté

D/J MM Y/A

State Province of Release / Nom de la province de mise en liberté

Nom de la province de mise en liberté

Name of Inmate / Nom du détenu

Have you and /or any member of your household left New Brunswick for 182 days or more in the last 12 months?

Est-ce que vous-même ou un membre de votre foyer avez quitté le Nouveau Brunswick pour une période de 182 jours ou plus pendant les derniers 12 mois?

If yes, give: Name(s)

Si oui, préciser : Nom(s)

Date of departure / Date du départ

D/J MM Y/A

Date of return / Date de retour

D/J MM Y/A

Destination

Reason for absence / Raison de l'absence

Remarks

Observations

Employer and/or occupation

Employeur et/ou profession

Telephone: Home

Work

Téléphone : Domicile

Travail

RESIDENT DECLARATION

DÉCLARATION DE RÉSIDENT

A resident means a person who makes their home and is ordinarily present in New Brunswick but does not include a transient or visitor to the province.

Un résident désigne une personne qui est établie et vit habituellement au Nouveau-Brunswick mais ne comprend ni les personnes de passage au Nouveau-Brunswick ni les visiteurs.

Any person who **violates or assists** a person in violating the residency requirements is guilty of an offence and liable to either a fine and/or imprisonment.

Quiconque **enfreint** les dispositions relatives à la résidence ou **aide** une personne à les enfreindre est coupable d'une infraction et passible d'une peine d'emprisonnement ou des deux.

I, the registrant, hereby declare that I have read the above definition of a "resident" and that the information given on this form is correct and that the persons listed are permanent residents in accordance with the definitions of a "resident" indicated above.

Je, le demandeur, déclare par la présente que j'ai lu la définition de «résident» ci-dessus et que les renseignements figurant sur ce formulaire sont exacts. Les personnes dont les noms apparaissent ici sont bien des résidents permanents conformément à la définition de «résident» ci-dessus.

Date _____ Signature _____

Application for Registration - Medicare

- Please complete the New Brunswick Medicare Application for Registration form if you are a **New Resident** or a **Returning Resident**.
If previously registered with Medicare under a different name, please advise.
- Please ensure that all areas of the form are completed. If a particular question or section does not pertain to you, indicate N/A for “not applicable”. Incomplete forms will be returned to the applicant.
- Please sign the section “Resident Declaration” upon completion of the form. Unsigned forms will also be returned to the applicant.
- Please include your complete mailing address, giving street name and number, route number, apartment #, municipality, province and postal code. Provide your home address if different than your mailing address.
- New and returning applicants **must provide proof of Canadian citizenship**.
It may be in the form of:
 - birth certificate;
 - Canadian Citizenship card;
 - Passport;
 - Indian Status card; or
 - Baptismal certificate (if place of birth is identified)All non-Canadians must forward a copy of all Canadian Immigration identification records.
- Please include a telephone number or other contact information should Medicare have difficulty processing your request.
- A separate application form must be completed for any dependents 19 years of age or older **unless** the dependent member is under the age of 21 years and in full time attendance at a school or university outside New Brunswick.
- If you require assistance or have questions with respect to this form, please feel free to contact Service New Brunswick’s TeleService toll free at 1-888-762-8600.
- Please allow four to six weeks for processing your application.

Completed application forms may be mailed to the address below or delivered in person to any Service New Brunswick office.

Department of Health and Wellness
Medicare
PO Box 5100
Fredericton NB
E3B 5G8