

患者票記載事項変更届

平成 年 月 日

保健所長 様

届出者 住 所
氏 名
(患者との関係) 印

患者票記載事項の内容を下記のとおり変更しました。

記

患 者 票	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の2の規定に基づく結核患者の医療の患者票			
公費負担医療の受給者番号		患者票の有効期限	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
患 者 氏 名		患者住所地 (居住地)		
変更の内容	指定医療機関	区分	名 称	所 在 地
		旧		
		新		
	被保険者等の別	旧	本人	健保 国保 国保退職 生保 その他 ()
		新	家族	
		旧	本人	健保 国保 国保退職 生保 その他 ()
		新	家族	
	住所地 (居住地)	旧		
		新		
	その他 ()	旧		
新				
変更年月日	平成 年 月 日			

(注) 該当する文字を○で囲んで下さい。