

第 3 8 号 様 式 (第 1 5 条 第 5 項 関 係)

保 健 所 長 様

令 和 年 月 日

届 出 者 氏 名 印

医 療 機 関 等 変 更 届

[届 出 者 本 人 が 署 名 し た 場 合 は 、 押 印 は 不 要 で す 。]

患 者	住 所																		
	氏 名							生 年 月 日	M H	T R	S	年 月 日	性 別	男 女					
病 名																			
公 費 負 担 者 番 号										公 費 負 担 医 療 受 給 者 番 号									
有 効 期 間		令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで																	
変 更 事 項		医 療 機 関 ・ 住 所 地 ・ 保 険 適 用 ・ そ の 他 ()																	
		変 更 前																	
		変 更 後																	
変 更 年 月 日		令 和 年 月 日																	
上 記 の と お り 変 更 し た い の で 届 出 ます 。																			