

第 4 3 号 様 式 ( 第 2 0 条 6 項 関 係 )

|                    |    |                    |  |   |  |  |  |  |  |             |  |   |  |  |  |   |  |   |  |    |    |    |  |   |  |   |  |   |  |    |  |
|--------------------|----|--------------------|--|---|--|--|--|--|--|-------------|--|---|--|--|--|---|--|---|--|----|----|----|--|---|--|---|--|---|--|----|--|
| 保健所長様              |    |                    |  |   |  |  |  |  |  |             |  |   |  |  |  |   |  | 年 |  |    |    | 月  |  | 日 |  |   |  |   |  |    |  |
| 届出者氏名              |    |                    |  |   |  |  |  |  |  |             |  |   |  |  |  |   |  |   |  |    |    |    |  |   |  |   |  |   |  |    |  |
| 医療機関等変更届           |    |                    |  |   |  |  |  |  |  |             |  |   |  |  |  |   |  |   |  |    |    |    |  |   |  |   |  |   |  |    |  |
| 患者                 | 住所 |                    |  |   |  |  |  |  |  |             |  |   |  |  |  |   |  |   |  |    |    |    |  |   |  |   |  |   |  |    |  |
|                    | 氏名 |                    |  |   |  |  |  |  |  | 生年月日        |  | 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               |    | 年                  |  |   |  |  |  |  |  |             |  |   |  |  |  |   |  | 月 |  | 日  |    | から |  | 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              |    |                    |  | 年 |  |  |  |  |  |             |  |   |  |  |  |   |  | 月 |  | 日  |    |    |  |   |  |   |  |   |  |    |  |
| 上記のとおり変更したいので届出ます。 |    |                    |  |   |  |  |  |  |  |             |  |   |  |  |  |   |  |   |  |    |    |    |  |   |  |   |  |   |  |    |  |