

平成 年 月 日

※書類を作成した日付

患者票記載事項変更届

大分県 保健所長 殿

届出者	住所	
	氏名	Ⓜ
(代理)	氏名	Ⓜ
	(患者との関係))

※届出者が本人の場合は住所とここに本人氏名を記入して押印
 ※患者家族が記入した場合代理人の欄に代理人の氏名を記入して押印

※届出者が医療機関の場合は医療機関住所とここに記入者氏名を記入して押印
 患者との関係は医療機関職員等記入

※公費負担の該当区分を○で囲んで選択

感染症患者(結核)医療費公費負担患者票を下記のとおり変更したいので患者票を添えて届出します。

記

※現在使用中の患者票の記載事項を記入

※結核指定医療機関の変更の場合結核医療を実施する医療機関が変更となった場合記入

※被保険者等の変更の場合保険種別等に変更があった場合記入

※住所地(居住地)の変更の場合居住場所が変更となった場合記入

※その他の変更の場合婚姻等で、名字に変更があった場合等に記入

※変更が生じた日付を記入

区分	1 入院勧告患者(法第37条)		2 一般患者(法第37条の2)	
公費負担受給者の患者番号		患者票の有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
患者氏名		患者住所等 (居住地)		
変更内容	結核指定医療機関	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 後期高齢者 家族 その他()		
	新	本人 健保 国保 国保退職 生保 後期高齢者 家族 その他()		
住所地(居住地)	旧			
	新			
その他()	旧			
	新			
変更年月日	平成 年 月 日			

※変更の生じた箇所のみ記入し、他は空欄で可

(注) 1.該当する文字を○で囲んでください。