

年 月 日

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 (患者との関係) 印

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

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	年 月 日から	年 月 日まで	
患者氏名		患者住所等(居住地)			
変更の内容	結核指定医療機関	旧	名称	所在地	
		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	年 月 日				

(注) 1.該当する文字を○で囲んでください。