

(結核第7号様式)

保険区分  
医療機関 変更 (追加) 届  
住 所

年 月 日

保健所長 殿

届出人

住 所

氏 名

印

(患者との関係 )

保険区分

次のとおり 医療機関 を変更 (追加) したいのでお届けします。

住 所

患 者	氏 名		男・女	年 月 日生 ( 歳)	
	住 所				
	公費負担医療 の受給者番号		患者票の 有効期間	自 年 月 日 至 年 月 日	
変更(追加) 年 月 日	年 月 日				
理 由					
	変 更 前		変 更 (追 加) 後		
保険区分					
医療機関 (追 加)					
住 所 地					

(注) 変更 (追加) 届を提出するときは、患者票を添付して下さい。