

別記第8号様式

医療機関の変更届

年 月 日

保健所長 様

住 所

申請者

氏 名

次のとおり医療機関を変更したいので届け出ます。

(添付書類 別紙 証明書)

公費負担者番号			患者票 有効期間	年 月 日から
公費負担医療 の受給者番号				年 月 日まで
患 者	住 所	申請者との 関 係		
	氏 名	生年月日		年 月 日生
受けている 医療の種類		受けている 医療の開始 年 月 日		年 月 日
現に受けて いる病院 (又は診療 所)	所在地 名 称	新たに受け ようとする 病院(又は 診療所)	所在地 名 称	
変更年月日	年 月 日			
変更の理由				

注 患者票を添付すること。

(別紙)

証 明 書

患者氏名

生年月日

年

月

日生

年 月 日から

1 医療を行った期間

年 月 日まで

2 当該医療の治療方法

3 医療の術式（外科手術等）

4 変更を必要と認める理由

上記の医療を行ったことを証明します。

年 月 日

所在地

医療機関 名称

医師氏名