

患者票記載事項変更申請書(届)

年 月 日

福岡県糸島保健福祉事務所長 殿

申請者 住所
氏名 ⑩
(本人による署名の場合は押印は必要ありません)

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律の規定による医療費公費負担の患者票の記載事項を下記のとおり変更したいので患者票を添えて申請(届出)します。

記

患者	住所			
	氏名		公費負担医療 の受給者番号	
変更(予定)年月日		年 月 日		変更理由その他
変更 内 容	1 「居住 住所」 ・	旧		
		新		
	2 「被保 険者 等 の別」	旧	健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 生活保護(受給中・申請中)その他() 高齢者の医療の確保に関する法律の 後期高齢者医療制度の受給資格 (有・無)	
		新	健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 生活保護(受給中・申請中)その他() 高齢者の医療の確保に関する法律の 後期高齢者医療制度の受給資格 (有・無)	
	3 「機 関 指 定 医	旧		
		新		

(注1) 1、2の場合は届、3の場合は申請書として使用してください。
(注2) 事前に申請(届出)してください。
(注3) 医療の内容が変更する場合は、結核医療費公費負担申請書を改めて出してください。