

久留米市保健所長 殿

申請者 住所  
氏名

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し(届出)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 「等の被 保険者」	旧	健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族)			
		新	健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族)			
	3 「療指 関定医」	旧				
		新				
4 「(医療の種 類又はCに 必要 な入所)」	旧	日間(術前 日間～術後 日間)	(手術予定(実施)年月日)	年 月 日		
	新	日間(術前 日間～術後 日間)	(手術予定(実施)年月日)	年 月 日		
	医師の 意見	医師氏名 <span style="float: right;">(印)</span>				

(注1) 1、2の場合は届け出、3、4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(届け出)してください。