

## 患者票内容変更届

年 月 日

松山市保健所長 様

申請者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

患者との関係 \_\_\_\_\_

|                             |                                      |  |  |  |  |  |  |    |          |       |   |   |   |   |
|-----------------------------|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|----|----------|-------|---|---|---|---|
| 公費負担者番号                     |                                      |  |  |  |  |  |  | 患者 |          | 患者票の  | 自 | 年 | 月 | 日 |
| 受給者番号                       |                                      |  |  |  |  |  |  | 氏名 |          | 有効期間  | 至 | 年 | 月 | 日 |
| 変更の種類                       | 住所、氏名、保険、<br>収容、使用、指定<br>期間、医薬品、医療機関 |  |  |  |  |  |  |    | 変更       | 年 月 日 |   |   |   |   |
| 変更<br>事項                    | 旧                                    |  |  |  |  |  |  |    | 変更<br>理由 |       |   |   |   |   |
|                             | 新                                    |  |  |  |  |  |  |    |          |       |   |   |   |   |
| 上記のとおり変更の必要を認めます。           |                                      |  |  |  |  |  |  |    |          |       |   |   |   |   |
| 年 月 日                       |                                      |  |  |  |  |  |  |    |          |       |   |   |   |   |
| 指定医療機関<br>所在地<br>名称<br>担当医師 |                                      |  |  |  |  |  |  |    |          |       |   |   |   |   |

- (注) 1 「変更の種類」欄は、該当の箇所を○印で囲んでください。
- 2 「使用医薬品」の変更については、法第 37 条のみについて記載し、法第 37 条の 2 の患者については、新たに公費負担の申請を行ってください。
- 3 氏名、住所、指定医療機関の変更については、指定医療機関の証明は不要です。
- 4 この申請書を提出するときは、法第 37 条の使用医薬品の変更の場合を除き、必ず患者票を添付してください。