

## 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、 収容、使用、指定 期間、医薬品、医療機関								変更	年 月 日				
変更 事項	旧								変更 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 所在地 名称 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。