

医療機関の変更届

平成 年 月 日

北海道 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	平成 年 月 日から	
公費負担医療の受給者番号									有効期間	平成 年 月 日まで	
患者	住所								申請者との 関係		
	氏名								生年月日	明大昭平 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	平成 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	平成 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

1 医療を行った期間 平成 年 月 日から
平成 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

上記の医療を行なったことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関 所在地
名称
担当医師