別記第８号様式

医療機関の変更届

年　　月　　日

　　　　　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 |  |  |  |  |  |  |  |  | 患者票有効期間 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで |
| 公費負担医療の受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 患　　　者 | 住所 |  | 申請者との関係 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 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 | 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 | 　　　　　　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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日から

　１　医療を行った期間

　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

　　上記の医療を行ったことを証明します。

　　　　　　年　　月　　日

所 在 地

医療機関　名　　称

医師氏名