

◎ この変更届には必ず結核患者票または患者票を添えて提出し、記載事項の訂正等を受けてください。

## 結核患者票・患者票 記載事項変更願

年 月 日

大 阪 市 長 様

申 請 者  
住 所 名  
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(第37条による結核患者票・第37条の2による患者票)の記載事項を、次のとおり変更したいので(結核患者票・患者票)を添えて提出します。

|         |                  |                      |                                                          |    |
|---------|------------------|----------------------|----------------------------------------------------------|----|
| 患者氏名    |                  | 患者の生年月日              | 年 月 日                                                    |    |
| 患者の住所   | 大阪市 区            |                      |                                                          |    |
| 公費負担者番号 | □ □ □ □ □ □ □ □  | 患者票の有効期間             | 年 月 日から<br>年 月 日まで                                       |    |
| 受給者番号   | □ □ □ □ □ □ □ □  | 変更の種類                | 年 月 日                                                    |    |
|         | 1. 医療機関<br>2. 住所 | 3. 被保険者等の別<br>4. その他 | 変更予定日                                                    |    |
| 変更内容    | 医療機関             | 旧                    | 名 称 所在地                                                  |    |
|         |                  | 新                    | 名 称 所在地                                                  |    |
|         |                  | 追加                   | 名 称 所在地                                                  |    |
|         | 住所               | 旧                    | 大阪市 区                                                    |    |
|         |                  | 新                    | 大阪市 区                                                    |    |
|         | 被保険者等の別          | 旧                    | 健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 高齢者医療 生活保護(受給中・申請中)<br>その他( ) |    |
|         |                  | 新                    | 健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 高齢者医療 生活保護(受給中・申請中)<br>その他( ) |    |
|         | その他              | 旧                    |                                                          | 理由 |
|         |                  | 新                    |                                                          |    |

上記のとおり承認し、報告します。

|              |  |    |  |      |  |    |  |    |  |       |     |
|--------------|--|----|--|------|--|----|--|----|--|-------|-----|
| 保健福祉センター担当医師 |  | 課長 |  | 課長代理 |  | 係長 |  | 係員 |  | 受付年月日 | ● ● |
|--------------|--|----|--|------|--|----|--|----|--|-------|-----|