

◎ 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	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											患 者 票 の 有 効 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで
受 給 者 番 号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											変 更 予 定 日	年 月 日
変 更 の 種 類	1. 医療機関 3. 被保険者等の別 2. 住 所 4. その他		年 月 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) 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) その他()										
	そ の 他	旧											
		新											
			理 由										

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	. .
--------------	--	-----	--	---------	--	-----	--	-----	--	-----------	-----