

結核医療費公費負担変更届

年 月 日

保 健 所 長 様

届出者氏名 \_\_\_\_\_

届出者住所 \_\_\_\_\_

患者との続柄 \_\_\_\_\_

次のとおり変更したので、届け出ます。

受給者番号								有効期間	年 月 日 から		年 月 日 まで	
患 者	氏 名						性 別	男・女	病 名			
	住 所								生年月日	明・大・昭・平・令	年	月
変 更 の 内 容	変更事項	1 患者 (氏名・住所)		2 被保険者等の別		3 保護義務者 (氏名・住所)						
	変 更 後											
	変 更 前											
変更の理由								変更年月日	年 月 日			

注意 「変更事項」の欄には、該当する項目に○印をつけてください。