第３８号様式（第１５条第５項関係）

保健所長　　様

平成　　年　　月　　日

届出者氏名　　印

医療機関等変更届

〔届出者本人が署名した場合は、押印は不要です。〕

患者	住所					
	氏名		生年月日	ＭＴＳＨ　　年　　月　　日	性別	男 女
病名						

公費負担者番号									公費負担医療受給者番号									

有効期間	平成　　年　　月　　日　から　平成　　年　　月　　日　まで
変更事項	医療機関　・　住所地　・　保険適用　・　その他（　　）
	変更前
	変更後
変更年月日	平成　　年　　月　　日

上記のとおり変更したいので届出ます。