

第 3 8 号 様 式 ( 第 1 5 条 第 5 項 関 係 )

保健所長 様															平成 年 月 日					
<b>医療機関等変更届</b>															届出者氏名 印 [ 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	M T S H 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 ( )																		
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> <span style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%); font-size: 2em;">/</span> </div>		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。																				