

第 3 8 号 様 式 (第 1 5 条 第 5 項 関 係)

長崎県 保健所長 様 令和 年 月 日 届出者氏名 印																			
患者票内容変更届																			
患 者	住 所																		
	氏 名						生 年 月 日	M H	T R	S	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		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで																	
変 更 事 項																			
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> </div>		変 更 前																	
		変 更 後																	
変 更 年 月 日		令和 年 月 日																	
上記のとおり変更したいので届出ます。																			