

# 指定医療機関等変更届

年 月 日

(あて先)

一宮市保健所長

住 所

氏 名

指定医療機関  
住所地（居住地）  
被保険者等の別 } を下記のとおり { 変更  
追加 } しました。

区 分	1 入院患者（法第37条）		2 結核患者（法第37条の2）			
公費負担医療 の受給者番号		患者票の 有効期間	年 月 日から 年 月 日まで			
患者氏名		患者住所地 (居住地)				
変 更 の 内 容	住 所 地 (居 住 地)	旧				
		新				
	指 定 医 療 機 関		名 称	所 在 地		
		旧				
		新				
		追 加				
	被 保 険 者 等 の 別	旧	本 人	協会けんぽ 組合健保 共済 国保 国保退職 後期高齢		
			家 族	日雇保険 労災 生保 介護保険 その他( )		
新		本 人	協会けんぽ 組合健保 共済 国保 国保退職 後期高齢			
		家 族	日雇保険 労災 生保 介護保険 その他( )			
変 更 年 月 日	年 月 日					

(注) 該当する文字を○でかこむこと。