|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **指定医療機関等変更届**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日茅ヶ崎市長　　　　　（住所）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名）　　　　　　　　　　　　　㊞　　指定医療機関　住　　　　所　　を次のとおり変更しました。　被保険者等の別

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者票の受給者番号 |  | 氏名 |  |
| 変更の内容 | 指定医療機関 |  | 名　　　　　　称 | 所　　　在　　　地 |
| 新 |  |  |
| 旧 |  |  |
| 住所 | 新 |  |  |
| 旧 |  |  |
| 被保険者等の別 | 新 | 被用者本人　・　被用者家族国保一般　・　国保退職本人　・　国保退職家族生保　・　後期高齢　・　その他（　　　　　）※該当に○をしてください。 |
| 旧 | 被用者本人　・　被用者家族国保一般　・　国保退職本人　・　国保退職家族生保　・　後期高齢　・　その他（　　　　　）※該当に○をしてください。 |
| 変更年月日 | 　平成　　年　　月　　日 |

* 「変更の内容」欄は、変更のあった項目のみ記載してください。
* 患者票を添付してください。
 |