様式28（法第37条の２関係）

指定医療機関等変更届

年　　月　　日

茅ヶ崎市保健所長　様

（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

<table>
<tr><td colspan="3">患者票の
受給者番号</td><td></td><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="6">変更の内容</td><td rowspan="3">指定医療機関</td><td></td><td colspan="2">名　　称</td><td>所　　在　　地</td></tr>
<tr><td>新</td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>旧</td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">住所</td><td>新</td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>旧</td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">被保険者等の別</td><td>新</td><td colspan="3">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（　　）
※該当に〇をしてください。</td></tr>
<tr><td>旧</td><td colspan="3">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（　　）
※該当に〇をしてください。</td></tr>
<tr><td colspan="3">変更年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
</table>

※　「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。