

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)

印

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		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。