|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。 |