

指定医療機関変更届出書

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律の指定による医療を受けている指定医療機関を次のとおり変更したいので患者票（通知書）を添えて届けます。

年 月 日

姫路市保健所長 様

届出者住所又は
居 住 _____
届 出 者 氏 名 _____
患者との続柄 _____

患者氏名		住所又は 居 住	
公費負担番号			承認期間(不承認期間) 年 月 日から 年 月 日まで
公費負担医療の 受給者番号			
通知書番号	保第	号	
現在まで医療を 受けていた 指定医療機関			
新たに医療を受 けようとする 指定医療機関			
変 更 年 月 日	年 月 日から		
変更する理由			

(注) この届出は、患者票（通知書）の交付を受けた保健所に提出してください。