

患者票記載事項変更申請書（結核）

令和 年 月 日

(あて先) 福岡市長
(保健所経由)

申請者の氏名

申請者の住所

TEL ()

患者との関係

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（第37条・第37条の2）の規定による医療費公費負担の内容を次のとおり変更したいので（患者票・通知書）を添えて申請します。

記

受給者番号								有効期間	自	年	月	日	
患者の氏名								変更予定年月日		年	月	日	
患者の住所													
変更の種類	1 医療機関			2 住所地			3 被保険者等の別						
変更内容	医療機関	旧	名称 所在地										
		新	名称 所在地										
	住所地	旧	福岡市 区										
		新	福岡市 区										
	被保険者等の別	旧	健康保険（本人・家族） 国民健康保険（一般・退職本人・退職家族） 生活保護（受給中・申請中） 後期高齢者医療 介護保険 その他（ ）										
		新	健康保険（本人・家族） 国民健康保険（一般・退職本人・退職家族） 生活保護（受給中・申請中） 後期高齢者医療 介護保険 その他（ ）										
変更理由その他													