

結核に係る医療費公費負担申請に係る各種変更届

令和 年 月 日

尼崎市保健所長 様

届出者の氏名 ふりがな

届出者の住所

(マンション名等)

患者との関係 本人・その他 ()

電話番号 ()

下記のとおり結核に係る医療費公費負担申請について変更の届出をします。

変更前(すべての事項記入)

患者の氏名 生年月日等 <small>ふりがな</small>	男・女	大・昭 平・令	年 月 日生	歳
患者の住所				
公費番号	2	8	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
受給者番号				

変更後(変更事項のみ記入)

<input type="checkbox"/> 医療機関 の変更	新	変更理由	<input type="checkbox"/> 近医 <input type="checkbox"/> その他()	
	旧	変更日	年 月 日変更	
<input type="checkbox"/> 住所変更 (新住所)				
<input type="checkbox"/> 氏名変更 <small>ふりがな</small>	変更理由	<input type="checkbox"/> 婚姻・離婚による <input type="checkbox"/> その他()		
<input type="checkbox"/> 保険区分 の変更	新	変更理由	<input type="checkbox"/> 保険取得 <input type="checkbox"/> 保険資格喪失	
	旧	変更日	年 月 日変更	
<input type="checkbox"/> 収容期間 の変更	病名	実施(予定) 手術名		
	手術予定(実施)日	年 月 日	入院日	年 月 日入院
	現に承認されている承認期間	日間(術前	日間・術後	日間)
	変更しようとする収容の期間	日間(術前	日間・術後	日間)
収容を変更 する理由及 び意見	指定医療機関所在地 医療機関名称 担当医師			印
備考			受付受理印	

には、該当の項目にレ印を記入して下さい。