様式36号

**患　者　票　記　載　事　項　変　更　届**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　保健所長殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（患者との関係　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

指定医療機関

被保険者等の別　　　　を下記のとおり変更しました。

住所地（居住地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | | １　入院患者（法第３７条）　　２　一般患者（法第３７条の２） | | | | |
| 公費負担医療  の受給者番号 | |  | | | 患者票の  有効期間 | 令和　　年　　月　　日から  令和　　年　　月　　日まで |
| 患者氏名 | |  | | | 患者住所  （所在地） |  |
| 変　更　の　内　容 | 指定医療  機関 |  | 名　称　　　　　　　　所　在　地 | | | |
| 旧 |  | | | |
| 新 |  | | | |
| 被保険者  等の別 | 旧 | 本人 | 被用者保険　　国保　　後期高齢　　生保  その他（　　　　） | | |
| 家族 |
| 新 | 本人 | 被用者保険　　国保　　後期高齢　　生保  その他（　　　　） | | |
| 家族 |
| 住所地  （居住地） | 旧 |  | | | |
| 新 |  | | | |
| 変更年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | |

（注）該当する文字を○で囲むこと。