

## 医療機関変更届

年 月 日

(宛先) 旭川市保健所長

住 所

届出者

氏 名

医療機関を変更したいので、感染症の予防及び感染症の患者に対する法律施行規則第20条の3第5項の規定により、次のとおり届け出ます。

公費負担者番号										患者票の				年 月 日から
公費負担医療の受給者番号										有効期間				年 月 日まで
患 者	住 所													
	氏 名							生年月日	年 月 日生					
受けている医療の種類								受けている医療の開始 年 月 日	年 月 日					
変 更 内 容	現に受けている病院又は診療所	所在地							新たに受けようとする病院又は診療所	所在地				
		名 称								名 称				
変更年月日		年 月 日												
変更の理由														

## 証 明 書

氏 名  
患 者  
生年月日 年 月 日生

1 医療を行った期間 年 月 日から  
年 月 日まで

2 当該医療の治療方法

3 医療の術式

4 変更を必要と認める理由

上記の医療を行ったことを証明します。

年 月 日

結核指定医療機関  
所在地  
名称  
院(所)長名  
担当医師名  
連絡先