

指定医療機関等変更届

年 月 日

神奈川県〇〇保健福祉事務所長 殿

(住所)

(氏名)

印

指定医療機関
住 所 を次のとおり変更しました。
被保険者等の別

患者票の 受給者番号		氏名	
変更の 内容	指定 医療 機関	新	名 称 所 在 地
		旧	
	住 所	新	
		旧	
	被 保 険 者 等 の 別	新	被用者本人 ・ 被用者家族 国保一般 ・ 国保退職本人 ・ 国保退職家族 生保 ・ 後期高齢 ・ その他 () ※該当に○をしてください。
		旧	被用者本人 ・ 被用者家族 国保一般 ・ 国保退職本人 ・ 国保退職家族 生保 ・ 後期高齢 ・ その他 () ※該当に○をしてください。
変更年月日	平成 年 月 日		

- ※ 「変更の内容」欄は、変更のあった項目のみ記載してください。
- ※ 患者票を添付してください。