|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **指定医療機関等変更（追加）届**  　　年　　月　　日  福井市長　様  医療機関名  管理者名  指定医療機関  住所地（居住地）　　　を下記のとおり変更（追加）しました。  被保険者等の別 | | | | | | | | |
| 区分 | | １　一般患者　　　　　２　入院勧告患者 | | | | | | |
| 患者票の  記号番号 | |  | | | | 患者票の  有効期間 | | 自　　　　　　年　　　月　　　日  至　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 患者氏名 | |  | | | | 患者住所  (居住地) | |  |
| 変更の内容 | 住所地  (居住地) | | 旧 | |  | | | |
| 新 | |  | | | |
| 指定医療機関 | | 名　　　称 | | | | 所　　在　　地 | |
| 変　更 | 旧 |  | |  | |
| 新 |  | |  | |
| 追加 | |  | |  | |
| 複数の指定医療機関で医療を要する理由等 | | | |  | | | |
| 被保険者  等の別 | | 旧 | | 被保険者（本人・家族）国保（一般・退職本人・退職家族）  生保（保護受給中・保護申請中）その他（　　　　　　　） | | | |
| 新 | | 被保険者（本人・家族）国保（一般・退職本人・退職家族）  生保（保護受給中・保護申請中）その他（　　　　　　　） | | | |
| 変更年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | |