|  |
| --- |
| **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 |