

公費負担決定通知書又は患者票記載事項変更願

年 月 日

豊中市長 様

申請者 住所
氏名
(患者との関係)

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における

☐ 第37条による入院医療費公費負担決定通知書
☐ 第37条の2による患者票 } (該当する□にチェック)

の記載事項を次のとおり変更したいのでよろしくお願いします。

患 者 氏 名			患者票 有効期間	年 月 日	
公費負担者番号				}	年 月 日
受 給 者 番 号					
変 更 事 項	住 所	旧			
		新			
	医 療 関 機 関	旧	(名称)	(所在地)	
		新	(名称)	(所在地)	
		追加	(名称)	(所在地)	
	保 険 等 の 種 別	旧	健保(本人・家族)、国保(一般・退職本人・退職家族)、生保(受給中・申請中)、その他()		
		新	健保(本人・家族)、国保(一般・退職本人・退職家族)、生保(受給中・申請中)、その他()		
	そ の 他	旧			
新					
変更(予定)年月日		年 月 日			
備 考					

記入上の注意

- この変更には、必ず公費負担決定通知書又は患者票を添えて提出し、記載事項の訂正を受けて下さい。
- 保険等の種別のその他については、()に自費等と具体的に記入して下さい。