患者票等記載事項変更願

令和　　年　　月　　日

北九州市保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　申請者（本人または保護者）

氏名

住所

患者票（通知書）の記載事項を次のとおり変更したいので、患者票（通知書）を

添えて提出します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者の氏名 |  | 公費負担  受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 患者の住所 | 北九州市　　　　　　　　区 | 患者票の  有効期間 | 平成 　　　年 　　　月 　　　日から  平成 　　　年 　　　月 　　　日まで | | | | | | |
| 変更予定日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 変更事項  ※該当事項に○ | 1患者の氏名 　・　 2患者の住所 　・　 3被保険者等 　・　 4指定医療機関 | | | | | | | | |

※変更事項のみ記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | 旧 | 新 |
| 1 患者の氏名 |  |  |
| 2 患者の住所 | 北九州市　　　　　　　　区 | 北九州市　　　　　　　　区 |
| 3 被保険者等  ※該当保険に○ | 健保（ 本人 ・ 家族 ）　国保（ 一般・・ ）  後期高齢　 高齢受給（ 有 ・ 無 ）  生保（受給中・申請中） その他（ 　　　　　） | 健保（ 本人 ・ 家族 ）　国保（ 一般・・ ）  後期高齢　 高齢受給（ 有 ・ 無 ）  生保（受給中・申請中） その他（ 　　　　　） |
| 4 指定医療  機関 | 名称 | 名称 |
| 所在地 | 所在地 |