

様式 36 号

患者票記載事項変更届

令和 年 月 日

(宛先) 高松市保健所長

届出者 住 所
氏 名 印
(患者との関係)

指定医療機関
被保険者等の別
住所地 (居住地) } を下記のとおり変更しました。

記

区 分		1 入院患者 (法第 3 7 条)		2 一般患者 (法第 3 7 条の 2)			
公費負担医療 の受給者番号				患者票の 有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
患者氏名				患者住所 (所在地)			
変 更 の 内 容	指定医療 機関		名 称		所 在 地		
		旧					
		新					
	被保険者 等の別	旧	本人	健保	国保	国保退職	生保
			家族	後期	その他 ()		
		新	本人	健保	国保	国保退職	生保
			家族	後期	その他 ()		
	住所地 (居住地)	旧					
新							
変更年月日		令和 年 月 日					

(注) 該当する文字を○で囲むこと。