

患者票指定医療機関（変更・追加）届

年 月 日

保健所長 殿

住所

申請者

氏名

下記のとおり指定医療機関の（変更・追加）をお届けします。

患 者 住 所		患者氏名		年	月	日生
患 者 票 記 号 番 号		承認期間		自	年	月 日
		至		年	月	日
病 名		承認医療の内容				
現 在 の 医 療 機 関	所在地					
	名 称					
新たに医療 を受けよう とする医療 機関	所在地					
	名 称					
理 由		移動予定年月日 年 月 日				
主治医の意見 (旧主治医) 年 月 日 上記の患者については指定医療機関の（変更・追加）を認めます。 所 在 地 医療機関 名 称 医師の氏名 印						

(注)この届出には患者票を添えて提出すること。