

患者票指定医療機関（変更・追加）届

年 月 日

保健所長 殿

申請者 住所 _____
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。