

公費負担医療患者票記載事項変更届

年 月 日

静岡県 保健所長 様

申請者の氏名  
(自署又は記名押印)  
申請者の住所  
患者との関係

先に交付された公費負担医療患者票の記載事項のうち下記記載事項を 年 月 日  
に変更したので、届け出ます。

1 届出対象者

公費負担医療 の受給者番号		患者票の 有効期間	
患者氏名		住所地	

2 届出事項

- （該当する  
□にレを  
記してく）
- 1 患者の氏名の変更
  - 2 患者の住所の変更
  - 3 患者の保険種別の変更
  - 4 結核医療機関
  - 5 その他

3 届出の内容

変更事項	変更前		変更後
変更年月日		理由	
備考			

※添付書類 患者票