様式第16号

結核医療費公費負担変更届

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　患者との続柄

次のとおり変更したので、届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | |  |  |  |  |  | |  |  | 有効期間 | 年　　月　　日 から　　　　年　　月　　日 まで | | | |
| 患　者 | 氏　名 |  | | | | | | | | 性　　別 | 男・女 | | 病　　名 |  |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　年　　月　　日 |
|  | 変更事項 | １　患者（氏名・住所） | | | | | ２　被保険者等の別 | | | | | ３　保護義務者（氏名・住所） | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| 変更の理由 | |  | | | | | | | | | | | 変更年月日 | 年　　月　　日 |

注意　「変更事項」の欄には、該当する項目に○印をつけてください。