様式

患 者 票 記 載 事 項 変 更・追加 届

令和　　年　　月　　日

　千葉県知事　　　　　　 様

　　　　　　　　　　患者又は保護者　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

このたび患者票記載事項について、下記のとおり変更・追加しますのでお届けします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 変更事項（該当事項に○） |  患者氏名・患者住所・保険区分・指定医療機関 |

（該当事項のみ記入）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 旧 |  | 保険区分 | 旧 |  |
| 新 |  | 新 |  |
| 患者住所 | 旧 |  |
| 新 |  |
| 指定医療機関 | 変更 | 旧 |  |
| 新 |  |
| 追加 |  |

（必ず記入）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者票発行保健所 | 保健所 | 受給者番号 |  |