

指定医療機関等変更届

年 月 日

神奈川県〇〇保健福祉事務所長 殿

(住所)

(氏名)

印

指定医療機関  
住 所 を次のとおり変更しました。  
被保険者等の別

| 患者票の<br>受給者番号 |                                 | 氏名 |   |
|---------------|---------------------------------|----|---|
| 変更の<br>内容     | 指定<br>医療<br>機関                  | 新  | 名 称 所 在 地   |
|               |                                 | 旧  |   |
|               | 住<br>所                          | 新  |   |
|               |                                 | 旧  |   |
|               | 被<br>保<br>険<br>者<br>等<br>の<br>別 | 新  | 被用者本人 ・ 被用者家族<br>国保一般 ・ 国保退職本人 ・ 国保退職家族<br>生保 ・ 後期高齢 ・ その他 ( )<br>※該当に○をしてください。 |
|               |                                 | 旧  | 被用者本人 ・ 被用者家族<br>国保一般 ・ 国保退職本人 ・ 国保退職家族<br>生保 ・ 後期高齢 ・ その他 ( )<br>※該当に○をしてください。 |
| 変更年月日         | 平成 年 月 日                        |    |   |

- ※ 「変更の内容」欄は、変更のあった項目のみ記載してください。
- ※ 患者票を添付してください。