

結核医療費公費負担変更届

【 氏名 ・ 住所地 ・ 指定医療機関 ・ 被保険者等の別 】

横浜市長

| | | | | | | | |
|-------|-------------|----------|----------------|--------|--------|--------|------------|
| | | | 年 月 日届出 | | | | |
| 受給者番号 | 横浜市 第 号 | 患者票の有効期間 | 自 至 | 年 年 | 月 月 | 日 日 | |
| 患者氏名 | | 患者住所 | | | | | |
| 変更の内容 | 氏 名 | 旧 | | | | | |
| | | 新 | | | | | |
| | 住 所 地 | 旧 | | | | | |
| | | 新 | | | | | |
| | 指 定 医 療 機 関 | | 名 称 | 所 在 地 | | | |
| | | 旧 | | | | | |
| | | 新 | | | | | |
| | 被保険者等の別 | 旧 | 被用者保険 本人 家族 | 国保 | 生保 | 自費 | その他 () |
| | | 新 | | | | | |
| | 変更年月日 年 月 日 | | | | | | |

（ 氏 名
住 所 地
指定医療機関
被保険者等の別 ）

を上記のとおり変更しましたので、感染症の予防及び感染症の患者に

対する医療に関する法律施行規則第 20 条の 3 第 5 項の規定により届けます。

届出者(患者又はその保護者)

| | | | |
|------|--|--------|--|
| 氏 名 | | 患者との関係 | |
| 住 所 | | | |
| 電話番号 | | | |