

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<br>第 号  | 患者票の有効期間 | 自       | 年     | 月  | 日  |    |
| 患者氏名  |             | 患者住所     | 至       | 年     | 月  | 日  |    |
| 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   |       | 国保 | 生保 | 自費 |
|       |             |          | 本人      | 家族    |    |    |    |
| 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 |  |        |  |