

患者票記載事項変更届

年 月 日

岡山県知事殿

申請者住所 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_

次のとおり、変更がありましたので届け出ます。

患者氏名		性別	
患者住所		生年月日	年 月 日生
公費負担者番号		患者票の有効期間	年 月 日から
受給者番号			年 月 日まで
変更年月日	年 月 日		
変更の種類	氏名	新	
		旧	
	住所	新	
		旧	
	被保険者等の別	新	健保(本人・家族)・国保(一般・退職本人・退職家族)・生保・その他( )
		旧	健保(本人・家族)・国保(一般・退職本人・退職家族)・生保・その他( )
	指定医療機関	新	名称 所在地
		旧	名称 所在地

- 【添付書類】 1 患者票  
2 変更したことを証明する関係書類