

年 月 日

新潟市保健所長 様

届出者 住 所

氏 名

患者との続柄

結 核 患 者 の 変 更 届

[1. 医療機関 ・ 2. 住所地(居住地) ・ 3. 加入保険等]

患者票記号番号		患者氏名	
1	現 在 の 医 療 機 関	(所在地) (名 称)	
	変 更 後 の 医 療 機 関	(所在地) (名 称)	
	変 更 の 理 由		
2	現 在 の 住 所 地		
	変 更 後 の 住 所 地		
3	現 在 の 加 入 保 険	本 人 家 族	政府健保・組合健保・日雇・船保・市町村共済・ その他の共済・労災・国保・生保・後期高齢・自費
	変 更 後 の 加 入 保 険	本 人 家 族	政府健保・組合健保・日雇・船保・市町村共済・ その他の共済・労災・国保・生保・後期高齢・自費
変 更 年 月 日		年 月 日 から	
備 考			

(注) 患者票を添付すること。

1・2・3 欄は、該当の欄に記入すること。