

指定医療機関 住所 地 変 更 届				
年 月 日				
(あて先)名古屋市長				
申請者(本人又は保護者) 住所 氏名				
「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」により申請した 指定医療機関・住所を下記のとおり変更しますので届け出ます。				
記				
患者氏名		生年月日	年 月 日生 男・女	
公費負担医療 の受給者番号		被保険者等 の 別	協会けんぽ(本人、家族) 組合健保(本人、家族) 日雇特保(本人、家族) 共済(本人、家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 後期高齢者医療 生保(保護受給中・保護申請中) その他()	
変 更 の 内 容	指 定 医療機関		所 在 地	名 称
		旧		
	新			
	住 所 地	旧	名古屋市 区	
新		名古屋市 区		
変更年月日	年 月 日			
摘 要				

注 1 この変更届には必ず患者票を添え患者票の訂正を受けてください。

2 該当する欄に○を記入してください。