

年 月 日

医療機関、結核の住所地、加入保険に変更があった際には、変更届の提出をお願いします。  
患者票も修正しますので、変更届に患者票を添えて送付してください。

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	
医療機関	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		
住所地	現在の住所地		
	変更後の住所地		
加入保険	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。