

指 定 医 療 機 関 変 更 届

年 月 日

藤 沢 市 長

届出者 住所

氏名 印

患者との関係

指定医療機関を変更したので、次のとおり届け出ます。

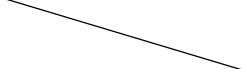
患者氏名

生年月日

患者票記号
及び番号

健保(本人・家族)・国保(一般・退職本人・
退職家族)・生保(保護受給中・保護申請中)・
その他()

変
更
事
項



所 在 地

名 称

新指定医療機関

旧指定医療機関

変更年月日

年 月 日

注 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。