

第18号様式(第17条関係)

医療機関変更届

年 月 日

殿

住 所

患者(保護者)氏 名

この度、下記のとおり変更したので、届け出ます。

記

新医療機関

名 称

所 在 地

旧医療機関

名 称

所 在 地

公費負担者番号			1	3							
公費負担医療の 受給者番号										患者氏名	
有効期間											

(日本産業規格A列4番)