

## 公費負担決定通知書又は患者票記載事項変更願

平成 年 月 日

大阪府 保健所長 様

住 所  
申 請 者  
氏 名  
(患者との関係 )

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おける

第 3 7 条による入院医療費公費負担決定通知書  第 3 7 条の 2 による患者票  
(該当するにチェック)

の記載事項を次のとおり変更したいのでよろしくお願いします。

患 者 氏 名			患 者 票 有 効 期 間	平成 年 月 日から	
公費負担者番号				平成 年 月 日まで	
受 給 者 番 号					
変 更 事 項	住 所	旧			
		新			
	医 療 関 機 関	旧	(名称)	(所在地)	
		新	(名称)	(所在地)	
		追加	(名称)	(所在地)	
	保 険 等 の 種 別	旧	健保(本人・家族)、国保(一般・退職本人・退職家族)、生保(受給中・申請中)、その他( )		
		新	健保(本人・家族)、国保(一般・退職本人・退職家族)、生保(受給中・申請中)、その他( )		
	そ の 他	旧			
新					
変更(予定)年月日		平成 年 月 日			
備 考					

記入上の注意

1. この変更には、必ず公費負担決定通知書又は患者票を添えて提出し、記載事項の訂正を受けて下さい。
2. 保険等の種別のその他については、( ) に自費等と具体的に記入して下さい。