

患者票(37条の2)・公費負担承認通知書(37条) 変更届

(あて先)

埼玉県 保健所長

届出者(患者又はその保護者)

住 所

氏 名

患者票・公費負担承認通知書の内容に下記のとおり変更があるのでお届けします。

患者氏名			
患者住所			
変更の内容	1住所	旧	
	2氏名		
	3保険等	新	
	4指定医療機関		名称・所在地
		旧	
	新		
変更年月日	令和 年 月 日		

- ※ 患者票・公費負担承認通知書を添付してください。
- ※ 住所・氏名の変更：住民票の添付、または新しい住所・氏名を確認できるもの（免許証、保険証等）等を提示してください。
- ※ 保険の変更：保険証の写しを添付してください。