

様式 17

指 定 医 療 機 関 関 格 地
被 保 險 者 資 格 変 更 届
住 所

年 月 日

岐阜市保健所長 様

住 所 _____

氏 名 _____

指定医療機関
下記のとおり、被保険者資格 の変更を届出ます。
住 所 地

記

		変更年月日	年 月 日
		変 更 前	変 更 後
指定医療機関	名 称		
	所在地		
被保険者資格			
住 所 地			

<理由>

患者票の種類	患者票の番号	患 者 氏 名	患者票有効期間
法第37条			・ ・
法第37条の2			
			・ ・

注：不要の文字を消して使用のこと。