

# 結核患者票記載事項変更届

年 月 日

(あて先)

京都府知事

住所  
申請者 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

患者氏名		公費負担者番号							
生年月日	年 月 日 ( )歳	受給者番号							
交付日	年 月 日	承認 期間	自	年 月 日					
承認医療内容	37条 ・ 37条の2			至	年 月 日				

下記のとおり変更します。

変更が生じる日	年 月 日	
<b>変更事項</b> <small>※該当項目に☑すること</small>	<b>新</b>	<b>旧</b>
<input type="checkbox"/> 指定医療機関※1		
<input type="checkbox"/> 医療の種類※2	別添「結核患者医療費公費負担申請書B(診断書)」のとおり	
<input type="checkbox"/> 患者氏名		
<input type="checkbox"/> 患者住所		
<input type="checkbox"/> 健康保険証		
<input type="checkbox"/> その他 ( )		
理由		

※1 指定医療機関を変更する場合は、下記の「主治医の意見書」欄に記載が必要です。

※2 医療の種類を変更する場合は、別途主治医が記載した「結核患者医療費公費負担申請書B(診断書)」の添付が必要です。

以下は、医療機関変更の場合に記入してください。

## 主治医の意見書

年 月 日

医療機関 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

上記の患者について、指定医療機関の変更を認めます。

意見	
----	--

(注)この届には患者票を添えて提出してください。