

指定医療機関等変更届

年 月 日

郡山市保健所長

住 所
氏 名
生年月日
患者との続柄

指定医療機関 変 更
住 所 を次のとおり したいので、別添患者票を訂正してください。
被保険者証 追 加

患者氏名			
変更 (追加) 事項	指定医療機関	新	名称 所在地
		旧	
	住 所	新	
		旧	
	被保険者証	新	
		旧	
変更（追加）年月日		年 月 日	
変更（追加）の理由			