様式１７

**指　定　医　療　機　関**

**被　保　険　者　資　格　変更届**

**住所地**

　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　岐阜県　　　　　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 | 令和　　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。