第14号様式（第13条関係）

医療機関変更届

年　　月　　日

　　　　　　　　　殿

住　所

患者（保護者）氏　名

　　この度、下記のとおり変更したので、届け出ます。

記

　新医療機関

　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　所在地

　旧医療機関

　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　所在地

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 患者氏名 |  |
| 公費負担医療の受給者番号 |  |  |  |  |  | ０ |  |  |
| 有効期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |