別記様式第14号(第13条関係)

医　療　機　関　変　更　届

年　　月　　日

文京区長　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			
有　効　期　間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで		