

結核指定医療機関変更届

年 月 日

(あて先) さいたま市長

〒 -

開設者住所※1:

※開設者が法人の場合は法人の主たる事務所の所在地をご記入ください。

開設者:

電話番号:

(担当者名:)

※問合せ時に使用します。日中に連絡可能な電話番号をご記入ください。

指定された結核指定医療機関の下記事項について変更があったので変更届を提出します。

《変更医療機関》

フリガナ		指定日	年 月 日
医療機関名称※1		変更日	年 月 日
医療機関所在地※1	<input type="checkbox"/> 開設者住所と同じ (☑をすれば記入不要) 〒 -		
変更事項 ※該当する理由に○	1. 医療機関の単なる名称変更 2. 地名若しくは、地番の形式的変更 3. 開設者の単なる名称変更、又は住所変更	保険医療機関番号※2	
変更内容	旧		
	新		
備考	※指定書の送付先が開設者住所と異なる場合は、送付先住所等をこの欄にご記入ください。		

※1 変更後の名称及び所在地をご記入ください。

※2 保険医療機関番号に変更がある場合は、変更後の保険医療機関番号がわかる書類の写し(保険医療機関の指定通知書等)を添付してください。申請時に保険医療機関の指定を受けていない場合は、指定を受けた後に速やかに提出してください。

《提出書類をご確認ください。》

【添付書類】

- 変更前の結核指定医療機関指定書(紛失の場合、別途、結核指定医療機関指定書紛失届の提出が必要)
- 保険医療機関番号がわかる書類の写し(番号の変更がある場合のみ提出、後日提出でも可)