

(様式第10号)

遷延性意識障がい者治療研究事業医療保険変更届

平成 年 月 日

保健福祉事務所長
保健所長

医療機関 { 所在地
名称
代表者氏名

印

下記のとおり、遷延性意識障がい者治療研究事業受療者の医療保険の変更を届け出ます。

受療者氏名		
承認番号		
医療保険変更年月日		
変更前	保険種別	健康保険(協会けんぽ・組合)・共済・国保(市町村・組合)・後期高齢
	記号・番号	
変更後	保険種別	健康保険(協会けんぽ・組合)・共済・国保(市町村・組合)・後期高齢
	記号・番号	

※添付書類として「医療保険証等の写し」を提出してください。