申請取下げ届・主治医変更届

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| □　申請取下げ | □　主治医変更 |

　　　　　　　　　※どちらかにレをつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 認定申請年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者住所 | 〒電話番号 |
| 申請取下げ・主治医変更の理由 |  |
| 申請代行者 | （申請取下げ申請・主治医変更申請を代行する方の事業所名・氏名を記入してください）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 〒電話番号 |

※主治医を変更する場合は必ず記入をしてください。

|  |
| --- |
| **主治医の変更** |
|  | 変　更　前 | 変　更　後 |
| 医療機関名 |  |  |
| 医師名 |  |  |
| 所在地 |  |  |
| 主治医・指定医 | 主治医・指定医 | 主治医・指定医 |