

## 区分変更申請理由書

申請日	年 月 日
被保険者氏名	(フリガナ)
被保険者番号	
変更理由 (該当するものに ○をしてください。 複数回答可)	ア 現在の病状、状態の悪化 イ 入院による状態の悪化 ウ 転倒、骨折等による状態の悪化 エ 新たな疾患の発生による状態の悪化 オ 施設から在宅へ移ったため カ その他 ( )
具体的状況	