

保険医療機関
保険薬局 廃止届

送付先 〒060-0807
札幌市北区北7条西2丁目15-1
野村不動産札幌ビル2階
厚生労働省 北海道厚生局

保険医療機関 又は保険薬局	名称	
	所在地	
	保険医療機関・薬局コード	
廃止年月日	平成 年 月 日	
廃止事由		

上記のとおり届出します。

平成 年 月 日

北海道厚生局長 様

〒
開設者の 住 所
氏 名 ⑩
注(3) 届出者氏名 (続柄)
電 話 番 号 - -

- (注) (1) この届は、廃止により、保険医療機関、保険薬局でなくなったときに提出してください。
(2) 病院、診療所、薬局の所在地変更の場合は、旧所在地の医療機関等においては廃止届を、新所在地の医療機関等においては新たに指定申請の手続きをしてください。
(3) 開設者の死亡によりこの届出をするときは必ず届出者氏名もご記入ください。