

保険医療機関 指定通知書（見本）

医療機関コード	1	9	9	1	2	3	4
指定の期間	平成26年 6月 1日から平成32年 5月31日まで						
保険医療 機 関	名称	クリニック					
	所在地	さいたま市浦和区高砂 丁目 番 号					

上記のとおり保険医療機関として指定したから通知します。

平成26年 7月 1日

申請者 医療法人 会 理事長 様

関東信越厚生局長

保 険 薬 局 指 定 通 知 書 (見 本)

薬局コード	1	9	9	1	2	3	4
指定の期間	平成26年 6月 1日から平成32年 5月31日まで						
保険薬局	名称	薬 局 店					
	所在地	さいたま市浦和区高砂 丁目 番地					

上記のとおり保険薬局として指定したから通知します。

平成26年 7月 1日

申請者 株式会社
代表取締役 様

関東信越厚生局長