保　険　医　療　機　関　　廃止
保　　険　　薬　　局　　休止　　届
生活保護法指定医療機関　　再開

名　称	法人名	（フリガナ）	医療機関（薬局）コード	
	機関名	（フリガナ）		
所　　在　　地		〒		
廃止・休止・再開の区分		廃 止　・　休 止　・　再 開	廃止・休止・再開の時期	令和　　年　　月　　日
理　　由				
開 設 者	住　所	〒		
	氏　名	（フリガナ）		

生活保護法の指定医療機関の届出関係　（※）	生活保護法の指定医療機関の　廃止　・　休止　・　再開　の届出を併せて行う	□	生活保護法第 49 条の 2 第 2 項第 2 号から第 9 号まで（指定欠格事由）に該当しない旨の誓約	□	国の開設した医療機関	□

（※）は、該当する場合、右隣の□にチェックを入れること。

上記のとおり 保険医療機関・保険薬局を　廃止　・　休止　・　再開 いたしますので、指定登録に関する省令第８条によりお届けします。

令和　　年　　月　　日

近畿厚生局長　殿

開設者の氏名及び住所

（法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地）

〒

＊添付書類：１．保険医療機関又は保険薬局の指定通知書（廃止の場合のみ）

（注）指定通知書紛失の場合は、紛失届

２．保健所等へ提出した廃止・休止・再開届出の写

（連絡可能な電話番号℡　　・担当者氏名　　）