

(別紙 16)

### D P C 対象病院等名称等変更届

変更予定年月日	年	月	日
D P C 対象病院等区分	1. D P C 対象病院	2. D P C 準備病院	
旧保険医療機関名			
新保険医療機関名			
移転の有無	0. 無	1. 有	
移転前所在地住所			
移転後所在地住所			
電話番号			
F A X 番号			
病床数変更の有無	0. 無	1. 有	
保険医療機関コード変更の有無	0. 無	1. 有	

当院は、上記のとおり、保険医療機関の名称等を変更します。

令和 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

(連絡先) 担当者名 :

所属部署 :

電話番号 :

E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿

(提出上の注意)

別紙 3、5 又は 7 の提出後に合併後病院、分割後病院又は変更後病院の保険医療機関名称に変更が生じた場合も速やかに本紙を提出すること。