

保険医療機関指定変更申請書 添付書類

医療機関コード		保険医療機関 の名称	電話番号 ()	
1 医師及び歯科医師の数				
医 師		歯科医師		
人		人		
2 看護師、准看護師、看護補助者の数				
看護師		准看護師		看護補助者
人		人		人
3 変更年月日及び変更内容				
変更年月日			変更内容	
平成 年 月 日				
注 変更の具体的な内容を記載すること。				

※ 病院の場合は「使用許可証」、診療所の場合は「使用許可証」又は「許可書」若しくは「届書」、国の開設する病院又は診療所の場合は「承認書」又は「通知書」のそれぞれの写しを添付すること。