

医療機関(薬局)コード

保 険 医 療 機 関
保 険 薬 局 指 定 辞 退 申 出 書
生活保護法指定医療機関

病院・診療所・薬局	(フリガナ)	TEL () -
	名 称	
	所 在 地	〒 - 県

辞退希望年月日及び辞退の事由	令和 年 月 日	辞退の事由	
生活保護法に基づく指定医療機関の指定の辞退の届出を併せて行う(※)	<input type="checkbox"/>	届出日において、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(※)	<input type="checkbox"/> 国の開設した医療機関(※) <input type="checkbox"/>

上記のとおり申し出ます。
令和 年 月 日
東北厚生局長 殿

開設者の氏名及び住所(法人の場合は、名称(フリガナ)、代表者の職氏名(フリガナ)及び主たる事務所の所在地)
(住所) 〒 -
(氏名)
TEL () - FAX () -

担当者名	
TEL	() -

注意事項

1. この書類は、地方厚生(支)局に提出すること。
2. この書類は、保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令第10条第1項に基づく保険医療機関の指定の辞退の申出と生活保護法施行規則第15条に基づく指定医療機関の指定の辞退の届出を併せて行う場合に提出すること。
3. 生活保護法に基づく指定医療機関の届出も併せて行う場合、本届出は中国残留邦人等支援法に基づく指定医療機関の届出も兼ねること。
4. 「国の開設した医療機関」とは、法令の規定により国とみなして生活保護法施行規則第10条第1項が適用される独立行政法人等が開設した医療機関を含むこと。

記載要領

1. 標題は、該当の文字を○で囲むこと。
2. 機関名は、指定通知書によって通知した名称を記入すること。通知した名称が判然としない場合は、医療法による開設許可証等に記載されている名称を記入すること。
3. (※)は、該当する場合、右隣の口にレ点を記入すること。