

(表 面)

※番 号		保 險 医 療 機 関 指 定 変 更 申 請 書 <記載例>			
医療機関(薬局)コード	〇〇〇〇〇〇〇	トウホクコウセイキョクビョウイン		TEL (〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇	
【指定通知書】に記載されている 7桁のコードを記入してください。	(フリガナ)	東北厚生局病院		FAX (△△△)△△△-△△△△	
① 病院 ・診療所	名 称	〒980-〇〇〇〇			
		宮城県仙台市青葉区〇〇〇〇〇			
② 医療法第30条の11の規定による勧告	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	勧告年月日	平成	年	月 日
③ 変更後の指定に係る病床種別ごとの病床数等	60 床	(うち、一般病床 40 床 療養病床 20 床 精神病床 床 結核病床 床 感染症病床 床)			
		(特別の療養環境に係る病床 5 床 (個室 2 床 2人室 3 床 3人室 床 4人室 床))			
上記のとおり申請します。	提出日を記入してください。	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)			
平成〇〇年〇〇月〇〇日		(住所)	〒980-〇〇〇〇	法人の場合は法人印、個人の場合は認印を押印してください。	
			宮城県仙台市青葉区〇〇〇〇〇		
東北厚生局長 殿		(氏名)	イリョウホウジン 医療法人 〇〇会 カイ リジチョウ 理事長 トウホク 太郎 タロウ	印	
		TEL	(〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	(△△△)△△△-△△△△

(裏面)

記入上の注意

- ①及び②の欄は、該当の文字を○で囲むこと。
- ③の欄の特別の療養環境に係る病床とは、その利用について法律の規定に基づく費用の額を超える金額の支払いを受ける病床をいうものであること。

※の欄には、記入しないこと。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

添付書類 ・病院にあつては使用許可証、診療所にあつては、使用許可証または許可書もしくは届書、国の開設する病院
または診療所にあつては承認書または通知書のそれぞれの写し

担当者名	○○ ○○
TEL	(○○○)○○○-○○○○