＜記載例＞

医療機関(薬局)コード	○○○○○○○

保険医療機関 / 保険薬局　廃止・休止・再開　届

（保険医療機関、廃止 に丸印）

【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。

病院・診療所・薬局	(フリガナ)	トウホクコウセイキョクビョウイン	TEL　(○○○)○○○-○○○○ FAX　(△△△)△△△-△△△△
	名　称	東北厚生局病院	
	所 在 地	〒980-○○○○ 宮城県仙台市青葉区○○○○○	
廃止・休止・再開の区分	廃止（丸印）・休止・再開	廃止・再開の時期	平成○○年○○月○○日
休止である場合の休止(予定)期間	平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日		
理　由	院長が高齢で体調不良のため		

休止の場合は、休止期間の末日（平成　年　月　日まで）も併せて記入してください。

届け出する事項について、その理由を簡潔に記入してください。

上記のとおり保険医療機関・保険薬局 を 廃止・休止・再開 したので、指定登録に関する省令第8条により届出します。

平成○○年○○月○○日

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）

（住 所）〒　－

保険医療機関・保険薬局の開設者名及び住所

（氏 名）　　印

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。

TEL（　）　－　　FAX（　）　－

廃止の場合、廃止後の連絡先を記入してください。

東北厚生局長　殿

添付書類　・保健所等へ提出した廃止・休止・再開届の写し
・保険医療機関または保険薬局の指定通知書の原本（廃止の場合のみ添付が必要、なお紛失の場合は紛失届を提出してください。）

担当者名	○○ ○○
TEL	(○○○)○○○－○○○○