

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 <記載例>

【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)

トウホクコウセイキョクビョウイン

TEL (○○○)○○○-○○○

名 称

東北厚生局病院

FAX (△△△)△△△-△△△△

病院・診療所・薬局

所 在 地

〒980-○○○○

宮城県仙台市青葉区○○○○○

辞退の理由を簡潔に記入してください。

辞退予定年月日及び辞退の事由

平成○○年○○月○○日

辞退の事由

○○○○のため

この申出書の申出日の翌日から1ヶ月以上経過した日を記入してください。

上記のとおり申し出ます。

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○○年○○月○○日

(住所) 〒 -

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。

提出日を記入してください。

東北厚生局長 殿

(氏名)

保険医療機関・保険薬局の開設者名及び住所

印

TEL () - FAX () -

添付書類・不要(辞退日後に保険医療機関または保険薬局の指定通知書の原本(紛失の場合は紛失届)を送付して下さい。)

担当者名	○○ ○○
TEL	(○○○)○○○-○○○