

保険医療機関・保険薬局届出事項変更(異動)届 1
【 保険医療機関・保険薬局・開設者・診療科目・診療日等に関する変更 】

| | |
|-------------|--|
| 医療機関(薬局)コード | |
|-------------|--|

1. 保険医療機関・保険薬局に関する変更(名称、地番 [住居表示])

| | | | |
|-----------------|--------|----------|-------------|
| 変更前 (届出済の事項) | 保険医療機関 | 名称 | (フリガナ) |
| | 保険薬局 | 所在地 | 〒 TEL () - |
| 変更後 | 保険医療機関 | 名称 | (フリガナ) |
| | 保険薬局 | 所在地 | 〒 TEL () - |
| 変更年月日 | | 平成 年 月 日 | |

2. 開設者に関する変更(法人の代表者、住所)

| | | |
|-----------------|-----------------------------|-------------|
| 変更前 (届出済の事項) | 開設者名 (法人の場合は法人名及び代表者職氏名) | (フリガナ) |
| | 住所 (法人の場合は謄本の所在地) | 〒 TEL () - |
| 変更後 | 開設者名 (法人の場合は法人名及び代表者職氏名) | (フリガナ) |
| | 住所 (法人の場合は謄本の所在地) | 〒 TEL () - |
| 変更年月日 | | 平成 年 月 日 |

3. 診療科目の変更

| | 変更内容 | | 変更年月日 |
|-----|--------|----------|----------|
| 変更前 | 主たる診療科 | それ以外の診療科 | 平成 年 月 日 |
| 変更後 | 主たる診療科 | それ以外の診療科 | |

4. 診療日、診療(開局)時間の変更

| | 変更内容 | 変更年月日 |
|-----|------|----------|
| 変更前 | | 平成 年 月 日 |
| 変更後 | | |

上記のとおり変更したので届出します。【 開設者の氏名(フリガナ)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) 〒 -

(フリガナ)

平成 年 月 日

(氏名)

印

TEL () - FAX () -

東北厚生局長 殿

【 保険医療機関等の名称、所在地 】

(所在地) 〒 -

(フリガナ)

(名称)

TEL () - FAX () -