

(別紙 10)

**D P C 制度からの退出に係る届出書**  
(特別な理由がある場合)

当院は、D P C 制度からの退出を申請します。  
退出の理由については、添付資料のとおりです。

平成 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

印

(連絡先) 担当者名 :  
所属部署 :  
電話番号 :  
E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿

(提出上の注意)

- 1 本申請書には、退出理由について詳細に記述した資料を添付すること。
- 2 本申請書の提出後、厚生労働省から申請内容に係る追加の資料の提出が求められた場合は、速やかに提出すること。