

(別紙 16)

D P C 対象病院等名称等変更届

変更予定年月日	年 月 日
D P C 対象病院等区分	1. D P C 対象病院 2. D P C 準備病院
旧保険医療機関名	
新保険医療機関名	
移転の有無	0. 無 1. 有
移転前所在地住所	
移転後所在地住所	
電話番号	
F A X 番号	
病床数変更の有無	0. 無 1. 有
保険医療機関番号変更の有無	0. 無 1. 有

当院は、上記のとおり、保険医療機関の名称等を変更します。

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