

保 険 医 療 機 関 指 定 変 更 申 請 書

※番 号				
医療機関コード				
① 病 院 ・ 診 療 所	(フリガナ) 名 称			
	所 在 地	〒	-	
			電話 (局) 番	
			FAX (局) 番	
② 医 療 法 第 30 条 の 11 の 規 定 による 勸 告	有 ・ 無	勸 告 年 月 日	年	月 日
③ 変 更 後 の 指 定 に 係 る 病 床 種 別 ご と の 病 床 数 等	床	(うち、一般病床 床、療養病床 床、精神病床 床、結核病床 床、感染症病床 床) (特別の療養環境に係る病床 床 (個室 床、2人室 床、3人室 床、4人室 床))		

開設者の住所及び氏名 (法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職氏名)

上記のとおり申請します

住 所 〒

平成 年 月 日

氏 名

東海北陸厚生局長 殿

印

電 話 番 号 (局) 番

記入上の注意

- 1 ①及び②の欄は、該当の文字を○で囲むこと。
- 2 ③の欄の特別の療養環境に係る病床とは、その利用について法律の規定に基づく費用の額を超える金額の支払いを受ける病床をいうものであること。

※の欄には、記入しないこと。