

保 険 医 療 機 関

保 険 薬 局 届 出 事 項 変 更 (異 動) 届

生活保護法指定医療機関

医療機関(薬局) コード						
保険医療機関 又は 保険薬局の 名 称	変更前	(フリガナ)		変 更 年 月 日		
	変更後	(フリガナ)		令 和 年 月 日		
開設者名 又は 代表者名 <small>(法人の場合は法人名 及び代表者職氏名)</small>	変更前	(氏 名)		変 更 年 月 日		
	変更後	(フリガナ) (氏 名)		令 和 年 月 日		
		保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号		医籍等登録番号		
管 理 者 又は 管理薬剤師	変更前	(氏 名)		変 更 年 月 日		
	変更後	(フリガナ) (氏 名)		令 和 年 月 日		
		保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号		医籍等登録番号		
	健康保険法第70条の2第1項に 掲げる保険医療機関の管理者の 要件を満たしている旨	<input type="checkbox"/>				
保 険 医 又は 保険薬剤師	勤務者 (新規 採用を 含む)	(フリガナ) (氏 名)		異 動 年 月 日 令 和 年 月 日		
		保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号		医籍等登録番号		
		常勤・非常勤の別	常勤・非常勤	担当診療科名		
	退職者	(フリガナ) (氏 名)		異 動 年 月 日 令 和 年 月 日		
		保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号		医籍等登録番号		
健康保険法80条 第8号から第10 号までのいずれ かに該当	該当する法律名					
	内 容					
	該当する年月日	令 和 年 月 日				
	処分権者等					
その他の変更 <small>住居表示の変更、診療 科目、診療時間(開局 時間)</small>	変更前			変 更 年 月 日		
	変更後			令 和 年 月 日		
生活保護法の指 定医療機関の届 出関係(※)	生活保護法の指定の医療機 関の変更の届出を併せて行 う	<input type="checkbox"/>	生活保護法第49条の2第 2項第2号から第9号まで (指定欠格事由)に該当し ない旨の誓約	<input type="checkbox"/>	国の開設し た医療機関	<input type="checkbox"/>

(※)は、該当する場合、右隣の□にチェックを入れること。

上記のとおり届け出します。

開設者の氏名及び住所

(法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地)

〒

令和 年 月 日

中国四国厚生局長

殿

電話番号

(

)

勤務者・退職者届出事項変更（異動）届

医療機関（薬局） コード		医療機関（薬局）名称		
保険医 又は 保険薬剤師	勤務者 ・ 勤務形態変更 (いずれかを○で囲んでください)	氏名	(フリガナ)	令和 年 月 日
		登録の記号及び番号	() 医 歯 薬 号	
		勤務形態の別	常 勤 ・ 非 常 勤	担当診療科名
		勤務形態の変更 (該当する項目に☑をしてください)	<input type="checkbox"/> 常勤から非常勤へ変更 <input type="checkbox"/> 非常勤から常勤へ変更	
	退職者	氏名	(フリガナ)	令和 年 月 日
		登録の記号及び番号	() 医 歯 薬 号	
保険医 又は 保険薬剤師	勤務者 ・ 勤務形態変更 (いずれかを○で囲んでください)	氏名	(フリガナ)	令和 年 月 日
		登録の記号及び番号	() 医 歯 薬 号	
		勤務形態の別	常 勤 ・ 非 常 勤	担当診療科名
		勤務形態の変更 (該当する項目に☑をしてください)	<input type="checkbox"/> 常勤から非常勤へ変更 <input type="checkbox"/> 非常勤から常勤へ変更	
	退職者	氏名	(フリガナ)	令和 年 月 日
		登録の記号及び番号	() 医 歯 薬 号	
保険医 又は 保険薬剤師	勤務者 ・ 勤務形態変更 (いずれかを○で囲んでください)	氏名	(フリガナ)	令和 年 月 日
		登録の記号及び番号	() 医 歯 薬 号	
		勤務形態の別	常 勤 ・ 非 常 勤	担当診療科名
		勤務形態の変更 (該当する項目に☑をしてください)	<input type="checkbox"/> 常勤から非常勤へ変更 <input type="checkbox"/> 非常勤から常勤へ変更	
	退職者	氏名	(フリガナ)	令和 年 月 日
		登録の記号及び番号	() 医 歯 薬 号	
保険医 又は 保険薬剤師	勤務者 ・ 勤務形態変更 (いずれかを○で囲んでください)	氏名	(フリガナ)	令和 年 月 日
		登録の記号及び番号	() 医 歯 薬 号	
		勤務形態の別	常 勤 ・ 非 常 勤	担当診療科名
		勤務形態の変更 (該当する項目に☑をしてください)	<input type="checkbox"/> 常勤から非常勤へ変更 <input type="checkbox"/> 非常勤から常勤へ変更	
	退職者	氏名	(フリガナ)	令和 年 月 日
		登録の記号及び番号	() 医 歯 薬 号	