

保険医療機関 又は 保険薬局の名称	変更前	(機関名)		変更（異動）年月日等	
	変更後	(フリガナ) (機関名)		令和 年 月 日	
開設者 又は 代表者 ※法人の場合は 法人の名称、代 表者の役職及び 氏名	変更前	(法人名)		令和 年 月 日 (注)「保険医又は保険薬剤師の 登録の記号及び番号」欄は、開設 者又は代表者が当該項目に該当 する場合に記載してください。	
		(氏名)			
	変更後	(フリガナ)			
		(法人名)			
		(フリガナ) (氏名)			
保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号		() 医 歯 薬 号			
管理者 又は 管理薬剤師	変更前	(氏名)		令和 年 月 日	
	変更後	(フリガナ)			
		(氏名)			
		保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号			
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"/>	(注) 保険医療機関の管理者に係る添 付書類を添付すること。		
保険医 又は 保険薬剤師 *複数名の場合 は、別紙にご記 入ください。	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	
	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		担当診療科名
	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			
その他の変更 区画変更、診療科目、 主たる診療科、診療時 間(開局時間)、病末 数(減床)、法人所在 地等	変更前	(主たる診療科_____)			令和 年 月 日
	変更後	(主たる診療科_____)			
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、指定登録に
 関する省令第8条により
 お届けします。

医療機関(薬局)コード
 医療機関(薬局)所在地
 医療機関(薬局)名称
 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

連絡先
 担当者氏名
 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	