

保険医療機関及び保険薬局の指定に係る遡及（継続）願

開設保険医療機関 (保険薬局)	名称			
	指定希望日 (注1)	令和	年	月 日
廃止保険医療機関 (保険薬局)	名称			
	廃止日	令和	年	月 日
新規指定事由	該当するものを○で囲む。			
	開設者変更 (注2)	所在地変更	規模変更 (病院⇄診療所)	組織変更 (個人⇄法人) (注2)
廃止保険医療機関 (保険薬局)との 関係				
審査支払機関との 連絡調整状況 (注3)				
指定申請遅延理由 (注3)				

(注1) 指定希望日については、前保険医療機関廃止日の翌日となること。

(注2) 開設者変更又は組織変更の場合は、別紙様式「引継確認書」も併せて提出すること。

(注3) 1ヶ月を超えて遡及する場合のみ記載すること。また、記載しきれない場合は、任意様式を作成し、添付すること。

患者の診療（調剤）を継続するため、上記のとおり遡及（継続）して保険医療機関（保険薬局）として指定して下さるようお願いいたします。

なお、遡及指定された場合にあっては、第三者の権利関係に不利益を与えないことを誓約いたします。また、前開設者等の診療報酬請求に事故が生じた場合には、すべての債権等を継承することを誓約いたします。

令和 年 月 日

北海道厚生局長 様

開設者住所

開設者名