|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保　険　医　療　機　関  保　 　険 　　薬　　局  生活保護法指定医療機関   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 医療機関（薬局）コード | |  | | | | 病　院　・　診　療　所　・　薬　局 | | | 名　　　称 | | （フリガナ）  辞　退　申　出　書 | | | | | | | |  | | | | | | | | 所　在　地 | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号）　　　－　　　　－ | | | | | | | | 辞退希望年月日及び辞退の事由**（※）** | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | 事由 |  | | | | | 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辞退の届出を併せて行う | | | □ | | 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 | | | □ | 国の開設した医療機関 | □ | | （※）は、該当する場合、右隣の□にチェックを入れること。 | | | | | | | | | | | |   指定登録に関する省令第１０条により申出ます。　　　　　　　　　　　　　開設者の氏名及び住所  　　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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）    　　　　　　　　　　関東信越厚生局長　殿 |

**※　辞退希望年月日については、申出年月日の翌日より1ヶ月以上経過後の年月日を記載してください。**