

保 険 医 療 機 関
保 険 薬 局 辞 退 申 出 書
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)				
	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	<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。						

指定登録に関する省令第 10 条により申出ます。

令 和 年 月 日

関東信越厚生局長 殿

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)

※ 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。