

保 险 医 療 機 関
届出事項変更（異動）届

登録省令第8条関係

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	(法人名)		
		(機関名)		
	変更後	(フリガナ)		
		(法人名)		
		(フリガナ)		
		(機関名)		
開設者名 又は 代表者名 (法人の場合は 法人名、代表者の 役職及び氏名)	変更前	(法人名)		
		(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			
	医籍等登録番号	第 号		
管 理 者 又は 管理薬剤師	変更前	(氏 名)		
		(フリガナ)		
	変更後	(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	
		医籍等登録番号	第 号	
		保 险 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	(フリガナ)
(氏 名)				
登録の記号及び番号	() 医・歯・薬			
医籍等登録番号	第 号			
勤務 形 態	常勤 ・ 非常勤			
担当 診 療 科				
退職者	(フリガナ)			
	(氏 名)			
登録の記号及び番号	() 医・歯・薬			
その他の変更 区画変更・診療 科目・診療(開局) 時間・病床数(減 少の場合)・法人 所在地 等	変更前			
	変更後			

上記のとおり届け出します。

平成 年 月 日 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、代表者の役職、氏名及び主たる事務所の所在地)

関東信越厚生局長 殿

印

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	(フリガナ)			変更(異動)年月日等	
		(氏名)			(勤務日・勤務形態変更日) *いずれかに○を付けてください。	
		登録の記号及び番号	() 医・歯・薬		平成 年 月 日 (*登録票の写しを添付)	
		医籍等登録番号	第 号			
	勤務形態	常勤・非常勤				
	担当診療科					
	退職者	(フリガナ)			(退職日・異動日)	
		(氏名)			*いずれかに○を付けてください。	
登録の記号及び番号		() 医・歯・薬		平成 年 月 日		
保険医 又は 保険薬剤師	勤務者 ・ 勤務形 態変更	(フリガナ)			変更(異動)年月日等	
		(氏名)			(勤務日・勤務形態変更日) *いずれかに○を付けてください。	
		登録の記号及び番号	() 医・歯・薬		平成 年 月 日 (*登録票の写しを添付)	
		医籍等登録番号	第 号			
	勤務形態	常勤・非常勤				
	担当診療科					
	退職者	(フリガナ)			(退職日・異動日)	
		(氏名)			*いずれかに○を付けてください。	
登録の記号及び番号		() 医・歯・薬		平成 年 月 日		
保険医 又は 保険薬剤師	勤務者 ・ 勤務形 態変更	(フリガナ)			変更(異動)年月日等	
		(氏名)			(勤務日・勤務形態変更日) *いずれかに○を付けてください。	
		登録の記号及び番号	() 医・歯・薬		平成 年 月 日 (*登録票の写しを添付)	
		医籍等登録番号	第 号			
	勤務形態	常勤・非常勤				
	担当診療科					
	退職者	(フリガナ)			(退職日・異動日)	
		(氏名)			*いずれかに○を付けてください。	
登録の記号及び番号		() 医・歯・薬		平成 年 月 日		

※ 勤務者の届出の場合は、登録票の写しを添付してください。

届書の記載要領

次のことに注意して入力(記載)してください。

- 標題は、保険医療機関又は保険薬局のうち、いずれかを○で囲んでください。
- 「保険医療機関又は保険薬局の名称」欄は、保険医療機関又は保険薬局の名称に変更があったときに記載してください。
(名称は開設許可証等に記載されている名称を正確に記載してください。)
- 「開設者名又は代表者名」欄は、次のいずれかに該当する場合に記載してください。
(氏名は、戸籍簿に記載されている漢字を必ず用いてください。)

【法人開設の場合】

- ・法人の代表者が変更になった場合
- ・法人の名称に変更があった場合

【個人開設の場合】

- ・開設者の氏名が変更になった場合
「保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号」及び「医籍等登録番号」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。

- 管理者又は管理薬剤師欄は、保険医療機関の管理者又は保険薬局の管理薬剤師に変更があったときに記載してください。
(氏名は、戸籍簿に記載されている漢字を必ず用いてください。)
- 「保険医又は保険薬剤師」欄については、新たに勤務することになったとき、勤務している者の勤務形態が変更となったときまた又は勤務している者が退職したときに、それぞれ記載してください。

次の事項に留意の上、記載してください。

- ・登録の記号及び番号は、保険医登録票又は保険薬剤師登録票に記載されている記号及び番号を記載してください。
(氏名は、戸籍簿に記載されている漢字を必ず用いてください。)
 - ・医籍等登録番号は、医師、歯科医師及び薬剤師免許証に記載されている医籍番号(薬剤師名簿登録番号)を記載してください。
 - ・本届を提出した保険医療機関等における届出者の常勤又は非常勤の別及び担当診療科、及びを記載してください。
なお、担当診療科が複数ある場合、主たる診療科を最初に記載してください。また、科目名の間を1文字空けて記載してください。
 - ・勤務形態変更については、変更後の勤務形態(常勤又は非常勤)を○で囲んでください。
 - ・変更(異動)年月日等の記載は、新たに勤務することになった者については勤務日を○で囲みその日付を記載し、勤務形態が変更となった者については、勤務形態変更日を○で囲みその日付を記載してください。
(登録票の写しを添付してください。)
なお、退職者又は異動者については、退職日又は異動日の該当いずれかを○で囲みその日付を記載してください。
 - ・届出者が複数いる場合には、二人目以降の者については、別紙様式に記載し、本様式に添えて提出してください。
- 「その他の変更(区画変更、診療科目、診療時間(開局時間)、病床数変更)」欄は、変更前・変更後の内容がわかるように記載してください。
 - 「医療機関(薬局)コード」欄は、各地方厚生(支)局より払出された保険医療機関(保険薬局)指定通知書に印字されている7桁の数字を記載してください。
 - 開設者の氏名及び住所は、法人の場合、名称(法人名、機関名)、代表者の役職及び氏名、主たる事務所の所在地を必ず記載してください。(氏名は、戸籍簿に記載されている漢字を必ず用いてください。)