

保 険 医 療 機 関 廃 止
保 険 薬 局 休 止 届
生活保護法指定医療機関 再 開

名 称	(フリガナ)		医療機関 (薬局) コード			
所 在 地	〒 - (電話番号) - -					
廃止・休止・再開 の区分・年月日	廃 止	令和 年 月 日				
	休 止	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで				
	再 開	令和 年 月 日				
理 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 廃止・休止・再開 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 廃止・休止・再開 いたしますので、指定登録に関する省令第8条によりお届けします。

令和 年 月 日

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)

《廃止・休止後の連絡先》

(電話番号) - - (氏名)

関東信越厚生局長 殿

※届出者氏名

(続柄)

(※開設者の死亡により廃止届を提出するときにご記入ください)