

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。また、辞退日後は保険医療機関又は保険薬局の指定通知書を速やかに返納願います。