

※番号	
医療機関コード	

保 険 医 療 機 関 指 定 変 更 申 請 書

① 病 院 ・ 診 療 所	(フリガナ) 名 称			
	所 在 地	〒 ー		
			電話 (局) 番 FAX (局) 番	
② 医療法第30条の11の規定 による勧告	有 ・ 無	勧 告 年 月 日	年	月 日
③ 変更後の指定に係る病床 種別ごとの病床数等	床 (うち、一般病床 床、療養病床 床、精神病床 床、結核病床 床、感染症病床 床) (特別の療養環境に係る病床 床 (個室 床、2人室 床、3人室 床、4人室 床))			

開設者の住所及び氏名 (法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職氏名)

上記のとおり申請します

住 所 〒 ー

令和 年 月 日

(名 称)

(フリガナ)

関東信越厚生局長 殿

(職) 氏 名

電 話 (局) 番

保険医療機関指定変更申請書 添付書類 (様式)

1 医師及び歯科医師のそれぞれの数

医 師	歯 科 医 師
人 (うち常勤 人・非常勤 人)	人 (うち常勤 人・非常勤 人)

2 看護師、准看護師及び看護補助者のそれぞれの数

看 護 師	准 看 護 師	看 護 補 助 者
人	人	人

注 病院又は病床を有する診療所のみ記載すること。