

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	法人名	(フリガナ)		医療機関(薬局)コード				
	機関名	(フリガナ)						
所在地	〒							
廃止・休止・再開の区分	廃止・休止・再開			廃止・休止・再開の時期	令和 年 月 日			
理由								
開設者	住所	〒						
	氏名	(フリガナ)						
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 保険医療機関・保険薬局を 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

近畿厚生局長 殿

(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)

〒

*添付書類：1. 保険医療機関又は保険薬局の指定通知書(廃止の場合のみ)

(注) 指定通知書紛失の場合は、紛失届

(連絡可能な電話番号TEL

・担当者氏名

)