

保 険 医 療 機 関
保 険 薬 局
生活保護法指定医療機関

廃止
休止 届
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
近畿厚生局長 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)
〒

＊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℡ 担当者氏名)