

注：記入の際は裏面の「記入上の注意点」を参照してください。

保 険 医 療 機 関

保 険 薬 局

生活保護法指定医療機関

届出事項変更（異動）届

↓変更項目にチェックしてください。

|                              |  |                                  |   |  |                          |                |                          |                          |
|------------------------------|--|----------------------------------|---|--|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>     | 名 称  | 変更前                              | 機関名   |  | 変更（異動）年月日等               |                |                          |                          |
|                              |  | 変更後                              | フリガナ  |  | 令和 年 月 日                 |                |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>     | 開 設 者<br>(代表者)                               | 変更前                              | 法人名   |  | 令和 年 月 日                 |                |                          |                          |
|                              |  |                                  | 氏 名   |  |                          |                |                          |                          |
|                              |  | 変更後                              | フリガナ  |  |                          |                |                          |                          |
|                              |  |                                  | 法人名   |  |                          |                |                          |                          |
|                              |  |                                  | フリガナ  |  |                          |                |                          |                          |
|                              |  |                                  | 氏 名   | (法人の場合は代表者の役職名及び代表者の氏名)                            |                          |                |                          |                          |
|                              |  |                                  | 医籍等<br>登録番号   | 保険医等登録<br>記号・番号                                    |                          |                |                          |                          |
| 住 所                          |  |                                  |   |  |                          |                |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>     | 管 理 者<br>(管理薬剤師)                             | 変更前                              | 氏 名   |  | 令和 年 月 日                 |                |                          |                          |
|                              |  |                                  | フリガナ  |  |                          |                |                          |                          |
|                              |  | 変更後                              | 氏 名   |  |                          |                |                          |                          |
|                              |  |                                  | 医籍等<br>登録番号   | 保険医等登録<br>記号・番号                                    |                          |                |                          |                          |
|                              |  |                                  | 健康保険法第70条の2第1項に掲げる保険医療機関の<br>管理者の要件を満たしている旨(※)            |  |                          |                |                          | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>     | 健康保険法80条<br>第8号から第10<br>号までのいづれ<br>かに該当      | 該当する法律名                          |   | 令和 年 月 日   |                          |                |                          |                          |
|                              |  | 内 容                              |   |  |                          |                |                          |                          |
|                              |  | 処 分 権 者 等                        |   |  |                          |                |                          |                          |
|                              |  | 対 象 者 (※)                        | <input type="checkbox"/> 開設者 <input type="checkbox"/> 管理者 |  |                          |                |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>     | その他の変更<br>区画変更、診療科目、<br>診療時間（開局時間）、<br>病床数変更 | 変更前                              | 注：変更前の内容を全て記入してください。                                      |  |                          | 令和 年 月 日       |                          |                          |
|                              |  | 変更後                              | 注：変更後の内容を全て記入してください。                                      |  |                          |                |                          |                          |
| 生活保護法の<br>指定医療機関の<br>届出関係(※) |  | 生活保護法の指定<br>医療機関の変更の<br>届出を併せて行う | <input type="checkbox"/>                                  | 生活保護法第49条の2第2項<br>第2号から第9号まで(指定欠<br>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<br>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。

上記のとおり届け出します。

令和 年 月 日

医療機関（薬局）コード

医療機関（薬局）名

開設者の氏名（法人の場合は法人名称、代表者の役職名及び代表者の氏名）

開設者の住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）

〒

近畿厚生局長 殿

(連絡可能な電話番号

担当者氏名

)

## 記入上の注意点

### 【全 体】

- 変更を行った項目のみ記入し、変更後速やかに届出してください。

### 【保険医等登録記号・番号について】

- 「保険医等登録記号・番号」欄は、保険医登録票又は保険薬剤師登録票に記載されている記号・番号を記入してください。  
なお、新規登録又は管轄変更の途中で記入できない場合は、「新規登録申請中」又は「管轄変更手続中」と記入してください。

### 【管理者の変更について】

- 管理者の変更については「保険医療機関の管理者に係る添付書類」も併せてご提出ください。

### 【その他の変更について】

- 「その他の変更（区画変更、診療科目、診療時間（開局時間）、病床数変更）」欄は、変更前・変更後の内容を全て記入してください。  
また、診療科目と病床数を変更する場合は、以下の点にも留意願います。

#### 診療科目の変更について

- 「変更後」欄の最初（第1番目）に記載された診療科が「主たる診療科」となります。
- 「主たる診療科」を変更した場合であっても、本届が必要になります。

<例>

変更前：内科 外科 皮膚科（内科が主たる診療科）

変更後：外科 内科 皮膚科（外科が主たる診療科）

→「主たる診療科」を変更しているため、本届が必要。

#### 病床数の変更について

- 本届で変更できるのは、病床数を減床する場合のみです。
- 病床数を増床する又は病床種別を変更する場合は、「保険医療機関指定変更申請書」の提出が必要になります。ご不明な点は、管轄の各府県事務所等に相談してください。

### 【生活保護法の指定医療機関の届出関係】

- 「保険医療機関又は保険薬局の名称」、「開設者名又は代表者名」、「管理者又は管理薬剤師」のいずれかの変更を届け出る場合であって、生活保護法施行規則第14条に基づき、生活保護法上の指定医療機関の変更の届出も併せて行う場合は、「生活保護法に基づく指定医療機関の届出関係」欄中、当てはまるもの全てにチェックをつけてください。