

保 険 医 療 機 関 廃 止
保 険 薬 局 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)			

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

(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)

近畿厚生局長 殿

*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

2. 保健所等へ提出した廃止・休止・再開届出の写

(連絡可能な電話番号℡

)