

保 険 医 療 機 関 辞 退 申 出 書  
保 険 薬 局

医療機関（薬局）コード			
病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局	名 称	(フリガナ)	
		(法人名)	
	所 在 地	(フリガナ)	
		(機関名)	
	〒		
辞退希望年月日及び辞退の事由	令和 年 月 日	事由	

指定登録に関する省令第10条により申出ます。

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)

(連絡可能な電話番号TEL )

(注) 指定辞退日から10日以内に保険医療機関又は保険薬局の指定通知書を提出願います。なお、指定辞退日は、健康保険法第79条の規定により、保険医療機関・保険薬局辞退申出書の申出日の翌日から1か月以上の予告期間が必要となります。