

保 険 医 療 機 関  
保 険 薬 局 辞 退 申 出 書  
生活保護法指定医療機関

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)				
		(フリガナ)				
		(機関名)				
	所 在 地	〒				
辞 退 希 望 年 月 日 及 び 辞 退 の 事 由	令 和 年 月 日	事 由				
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辞退 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。

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 〆 担当者氏名 〆)

(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。