

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 届出事項変更（異動）届

| 名称 | 変更前 | (機関名) | 変更（異動）年月日等 |
|--|-----|----------------------|------------|
| | 変更後 | (フリガナ) (機関名) | 平成 年 月 日 |
| 開設者 (代表者) | 変更前 | (法人名) | 平成 年 月 日 |
| | | (氏名) | |
| | | (住所) | |
| | 変更後 | (フリガナ) | |
| | | (法人名) | |
| | | (フリガナ) | |
| | | (氏名) | |
| 医籍等登録番号： | | | |
| 保険医等登録記号・番号： | | | |
| (住所) | | | |
| 管理者 (管理薬剤師) | 変更前 | (氏名) | 平成 年 月 日 |
| | 変更後 | (フリガナ) | |
| | | (氏名) | |
| | | 医籍等登録番号： | |
| 保険医等登録記号・番号： | | | |
| 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 | 変更前 | 注：変更前の内容を全て記入してください。 | 平成 年 月 日 |
| | 変更後 | 注：変更後の内容を全て記入してください。 | |

上記のとおり変更、異動が生じたので保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令第8条によりお届けします。

平成 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

印

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。

【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。