（別紙16）

**ＤＰＣ対象病院又はＤＰＣ準備病院の名称の変更又は所在地の変更（至近の距離の場合）**

**に係る届出書**

|  |  |
| --- | --- |
| 変更予定年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| ＤＰＣ対象病院等区分 | １．ＤＰＣ対象病院　　　２．ＤＰＣ準備病院 |
| 旧保険医療機関名 |  |
| 新保険医療機関名 |  |
| 移転の有無 | ０.　無　　　　　　　　　　１.　有 |
| 移転前所在地住所 |  |
| 移転後所在地住所 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 保険医療機関コード変更の有無 | ０.　無　　　　　　　　　　１.　有 |

当院は、上記のとおり、保険医療機関の名称等を変更します。

　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関コード |  |

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先）担当者名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属部署：

電話番号：

Ｅ－mail：

厚生労働省保険局医療課長　殿

（提出上の注意）

　本届出書は、名称又は所在地の変更の２か月前までに、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。