

保険医療機関

<記載例>

保険薬局 指定辞退申出書
生活保護法指定医療機関

医療機関(薬局)コード	〇〇〇〇〇〇〇					
(フリガナ)	キュウシュウコウセイキョクビョウイン					
名 称	九州厚生局病院					
所 在 地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福岡県福岡市〇〇区〇〇〇〇〇					
◆この申出書の申出日の翌日から1ヶ月以上経過した日を記入してください。	電話番号 (〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)					
辞退予定年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	辞退の事由	〇〇〇〇のため	◆辞退の理由を簡潔に記入してください。		
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	☐	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	☐	国の開設した医療機関	☐

(※)は、該当する場合、右隣の□にチェックを入れること。

上記のとおり申し出ます。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

九州厚生局長 殿

開設者の住所及び氏名

(法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職氏名)

(住 所) 〒 〇〇〇-〇〇〇〇

福岡県〇〇市〇〇町〇〇〇〇〇

(氏 名) 医療法人〇〇〇 理事長 九州 太郎

電話番号 (〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

注 開設者が個人の場合には、個人名をお書きください。

※ 健康保険法第79条の規定により、「保険医療機関・保険薬局 指定辞退申出書」の申出日の翌日から1ヶ月以上の予告期間が必要となるため、「辞退予定年月日」の欄は、この申出書の申出日の翌日から1ヶ月以上経過した日を記入すること。