

保 険 医 療 機 関
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			
(フリガナ) 名 称			
所 在 地	〒 電話番号 ()		
辞退予定年月日	令和 年 月 日	辞退の事由	
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。			

上記のとおり申し出ます。

令和 年 月 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) 〒

(氏 名)

電話番号 ()

※ 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。