

医療機関(薬局)コード		保険医療機関又は 保険薬局の名称	医療法人厚労会 九州厚生局病院 電話番号 (- -)		
生活保護法の指定医療機関の変更の届出を併せて行う場合は、 赤枠で囲んでください。		(フリガナ) 変更前 (変更年月日) 令和 年 月 日			
		(フリガナ) 変更後 (変更年月日) 令和 年 月 日			
② 開設者名 又は 代表者名 (法人の場合は法人名 及び代表者職氏名)	変更前	(フリガナ) ケンコウ ハジメ 健康 ー		(変更年月日) 令和 年 月 日	
	変更後	(フリガナ) ホケン ユキコ 保険 幸子		(変更年月日) 令和 年 月 日	
		保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号	() 医・歯・薬 号	医籍等登録番号 第 号	
③ 管理者 又は 管理薬剤師	変更前	(フリガナ) ケンコウ ハジメ 健康 ー		(変更年月日) 令和 年 月 日	
	変更後	(フリガナ) ホケン ユキコ 保険 幸子		(変更年月日) 令和 年 月 日	
		保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号	(福) (医) ・ 歯 ・ 薬 号	医籍等登録番号 第 号	
		健康保険法第70条の2第1項に 掲げる保険医療機関の管理者の 要件を満たしている旨 (※)		<input type="checkbox"/>	
④ 保険医 又は 保険薬剤師 (※記入欄が足りない 場合は、「届出事項変更 (異動)届 附票」に 記入すること)	勤務者	(フリガナ) 勤務者 (変更年月日) 令和 年 月 日			
		保険医又 の登録の記号及び番号	号	医籍等登録番号 第 号	
			常勤・非常勤の別	常勤 ・ 非常勤	担当診療科
	退職者	(フリガナ) 退職者 (変更年月日) 令和 年 月 日			
保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号		() 医・歯・薬 号	医籍等登録番号 第 号		
		常勤・非常勤の別	常勤 ・ 非常勤	担当診療科	
⑤ 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、法 人の所在地変更等	変更前			(変更年月日) 令和 年 月 日	
	変更後			令和 年 月 日	
⑥ 保険医療機関又は 保険薬局の廃止・休 止・再開	区 分	廃止 ・ 休止 ・ 再開		(廃止・休止・再開年月日) 令和 年 月 日	
	理 由			令和 年 月 日 (令和 年 月 日まで)	
⑦ 関係 の	該当する法律 生活保護法の指定医療機関の変更の届出を併せて行う 場合は、当てはまるもの全てにチェックを入れてください。		月 日		
	処分権者等				
⑧ 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 変更・廃止・休止・再開 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"/>	
		<input type="checkbox"/>	国の開設した医療 機関	<input type="checkbox"/>	

(※)は、該当する場合、右隣の口をチェックを入れること。

上記のとおり届け出ます。

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)

令和 年 月 日

(住 所) 〒 - -)

九州厚生局長 殿

福岡県 市 町

(氏 名)

医療法人厚労会 理事長 九州 太郎

担当者氏名 (健康 良子)
 担当者連絡先 (TEL - -)

電話番号 (- -)