

保険医療機関  
保険薬局  
生活保護法指定医療機関

届出事項変更(異動)届

<記載例>

医療機関(薬局)コード	〇〇〇〇〇〇〇	保険医療機関又は 保険薬局の名称	九州厚生局病院 電話番号 ( 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 )			
① 保険医療機関 又は 保険薬局の名称	変更前	(フリガナ)	(変更年月日)			
	変更後	(フリガナ)	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)	(変更年月日)			
	変更後	(フリガナ)	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)	(変更年月日)			
	変更後	(フリガナ)	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	
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)	(変更年月日)			
		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		
	退職者	(フリガナ)	(変更年月日)			
		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)				
	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				
	理由	院長が高齢で体調不良のため				
			(廃止・休止・再開年月日) 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (令和 年 月 日まで)			
⑦ 健康保険法 第7号から第 でのいずれか 当	◆届け出する事項について、 その理由を簡潔に記入して ください。		◆休止の場合は、休止期間の末日 (令和 年 月 日まで)も併せて			
	処方権有等					
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 checked="" 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 checked="" 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

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

(住所) 〒 〇〇〇-〇〇〇〇

九州厚生局長 殿

福岡県〇〇市〇〇町〇〇〇〇

(氏名)

医療法人〇〇〇 理事長 九州 太郎

担当者氏名 ( 健康 良子 )

担当者連絡先 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

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。