

保 險 医 療 機 関 指 定 変 更 申 請 書

※番 号					
※医療機関コード					
① 病 院 ・ 診 療 所	(フリガナ) 名 称				
	所 在 地				
② 医療法第30条の11の規定による 勧告	有 ・ 無	勸 告 年 月 日	年	月	日
③ 変更後の指定に係る病床種別ごとの 病床数等	(うち、一般病床 床、療養病床 床、精神病床 床、結核病床 床、感染症病床 床) (特別の療養環境に係る病床 床(個室 床、2人室 床、3人室 床、4人室 床))				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

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及び名称、代表者の職氏名)

〒

九州厚生局長 殿

電話番号 ()

(裏 面)

記入上の注意

- 1 ①及び②の欄は、該当の文字を○で囲むこと。
 - 2 ③の欄の特別の療養環境に係る病床とは、その利用について法律の規定に基づく費用の額を超える金額の支払いを受ける病床をいうものであること。
- ※の欄には、記入しないこと。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

保険医療機関指定変更申請書 添付書類

医療機関コード		保険医療機関 の名称	電話番号 ()
1 医師及び歯科医師の数			
医 師		歯科医師	
人		人	
2 看護師、准看護師、看護補助者の数			
看護師	准看護師		看護補助者
人	人	人	
3 変更年月日及び変更内容			
変更年月日		変更内容	
平成 令和 年 月 日			
注 変更の具体的な内容を記載すること。			

※ 病院の場合は「使用許可証」、診療所の場合は「使用許可証」又は「許可書」若しくは「届書」、国の開設する病院又は診療所の場合は「承認書」又は「通知書」のそれぞれの写しを添付すること。