

保険医療機関指定変更申請書 <記載例>

※番号	
※医療機関コード	
① 病院・診療所	(フリガナ) 九州厚生局病院
	福岡県福岡市〇〇区〇〇〇〇〇
② 医療法第30条の11の規定による 勧告	有・ <input checked="" type="radio"/> 無 勧告年月日 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 40 床、療養病床 20 床、精神病床 床、結核病床 床、感染症病床 床) 60 床 (特別の療養環境に係る病床 5 床(個室 2 床、2人室 3 床、3人室 床、4人室 床))

◆該当する方を、○で
囲んでください。

上記のとおり申請します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

九州厚生局長 殿

開設者の氏名及び住所

(法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地)

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

福岡県〇〇市〇〇町〇〇〇〇

医療法人〇〇〇 理事長 九州 太郎

注 開設者が個人の場合には、
個人名をお書きください。

電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

保険医療機関指定変更申請書 添付書類

<記載例>

医療機関コード	○○○○○○○○	保険医療機関 の名称	九州厚生局病院 電話番号 (○○○-○○○-○○○○)	
1 医師及び歯科医師の数				
医 師		歯科医師		
10 人		2 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
20 人		25 人		40 人
3 変更年月日及び変更内容				
変更年月日		変更内容		
平成 ○○年○○月○○日 令和		一般病床の増床		
注 変更の具体的な内容を記載すること。				

◆変更の具体的な内容を、
簡潔に記入してください。

※ 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。