

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		福岡厚生局病院		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	前	(フリガナ) キュウシュウコウセイキョクビョウイン 九州厚生局病院						(変更年月日)													
	変更後	(フリガナ) フクオカコウセイキョクビョウイン 福岡厚生局病院						令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日													
◆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、○で囲んでください。										◆変更後の保険医療機関等の名称を記入してください。										年 月 日	
② (法人の場合は法人名 及び代表者職氏名)	変更後																				
		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											
④ 保険医 又は 保険薬剤師	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													
	退職者	常勤・非常勤の別		常勤・非常勤		担当診療科															
		(フリガナ)								(変更年月日)											
その他の変更		変更前									(変更年月日)										
⑤ 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	変更後									令和 年 月 日											
	理由	廃止・休止・再開								(廃止・休止・再開年月日)											
⑥ 保険医療機関又は 保険薬局の廃止・休 止・再開	区分									令和 年 月 日											
	理由									(令和 年 月 日まで)											
⑦ 健康 第7 条の 当	◆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。										年 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		☒		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		☒		国の開設した医療 機関		☐										
	(※)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。
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
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
(住 所) 〒 〇〇〇-〇〇〇〇
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。