

保 険 医 療 機 関
保 險 薬 局 指 定 辞 退 申 出 書

医療機関(薬局)コード			
(フリガナ) 名 称			
所 在 地	〒 電話番号 ()		
辞退予定年月日	平成 年 月 日	辞退の事由	

上記のとおり申し出ます。

平成 年 月 日

九州厚生局長 殿

開設者の住所及び氏名

(法人の場合は、主たる事務所の所在地及び名称、代表者の職氏名)

(住 所) 〒

(氏 名)

印

電話番号 ()

※ 健康保険法第79条の規定により、「保険医療機関・保険薬局 指定辞退申出書」の申出日の翌日から1ヶ月以上の予告期間が必要となるため、「辞退予定年月日」の欄は、この申出書の申出日の翌日から1ヶ月以上経過した日を記入すること。

なお、辞退予告年月日経過後は、速やかに保険医療機関又は保険薬局の指定通知書を返納すること。