

保 険 医 療 機 関 廃 止
保 険 薬 局 休 止 届
生活保護法指定医療機関 再 開

名 称	(フリガナ)		医療機関 (薬局) コード			
所 在 地	〒					
廃止・休止・再開 の区分・年月日	廃止	令和 年 月 日				
	休止	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (予定)				
	再開	令和 年 月 日				
理 由						
開設者	住所	〒				
	氏名	(フリガナ)				
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 廃止 ・ 休止 ・ 再開 の届出を併せて行う	<input 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 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 廃止 ・ 休止 ・ 再開 いたしますので、指定登録に関する省令第 8 条によりお届けします。

令和 年 月 日

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)

《廃止・休止後の連絡先》

(住 所) 〒 —

(電話番号) — — (氏名)

四国厚生支局長 殿

※届出者氏名 (続柄)

(※開設者の死亡により廃止届を提出するときにご記入ください)

注) 廃止の場合は保険医療機関又は保険薬局の指定通知書を添付してください。