

保 険 医 療 機 関
保 険 薬 局 辞 退 申 出 書
生活保護法指定医療機関

医療機関（薬局）コード						
病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局	名 称	(フリガナ)				
		(法人名)				
		(フリガナ)				
		(機関名)				
	所 在 地	〒				
辞 退 希 望 年 月 日 及 び 辞 退 の 事 由		令 和 年 月 日	事 由			
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辞退 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。						

指定登録に関する省令第 10 条により申出ます。
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)

四国厚生支局長 殿

- (注)
- ・ 辞退予定年月日は、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 か月以上の予告期間が必要となります。
 - ・ 辞退日後に保険医療機関又は保険薬局の指定通知書を送付願います。