

医療機関（薬局）コード		保 険 医 療 機 関 指 定 辞 退 申 出 書 保 険 薬 局		
病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局	名 称	(フリガナ)		
		(法人名)		
	所 在 地	(フリガナ)		
		(機関名)		
〒				
辞退希望年月日及び辞退の事由	平成・令和	年	月	日
	事由			

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 <div style="text-align: right;">四国厚生支局長 殿</div>	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) 〒 (連絡先電話番号 - -)
--	--

(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。