

保 險 医 療 機 関
保 險 薬 局
生活保護法指定医療機関

廃止
休止 届
再開

名 称	法人名	(フリガナ)		医療機関（薬局）コード			
	機関名	(フリガナ)					
所 在 地		〒					
廃止・休止・再開の区分		廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開		廃止・休止・再開の時期		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	☐	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 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)

四国厚生支局長 殿

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。