

(別紙 16)

D P C 対象病院又は D P C 準備病院の名称の変更又は所在地の変更（至近の距離の場合）に係る届出書

変更予定年月日	年 月 日
D P C 対象病院等区分	1. D P C 対象病院 2. D P C 準備病院
旧保険医療機関名	
新保険医療機関名	
移転の有無	0. 無 1. 有
移転前所在地住所	
移転後所在地住所	
電話番号	
F A X 番号	
保険医療機関コード変更の有無	0. 無 1. 有

当院は、上記のとおり、保険医療機関の名称等を変更します。

令和 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

(連絡先) 担当者名 :

所属部署 :

電話番号 :

E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿

(提出上の注意)

本届出書は、名称又は所在地の変更の2か月前までに、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。