# （別紙12）

**保険医療機関廃止に伴うＤＰＣ制度からの退出届**

当院は、令和　　年　　月　　日付で廃止するため、ＤＰＣ制度から退出します。

　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