

番 号		保 険 医 療 機 関 指 定 申 請 書	< 記載例 >
医療機関(薬局)コード		保 険 薬 局	

(病院)・診療所・薬局	(フリガナ)	トウホクコウセイキョクヒョウイン	TEL () :
	名 称	東北厚生局病院	FAX () :
	所在地	〒980- 宮城県仙台市青葉区	

(管理者)・管理薬剤師	(フリガナ)	トウホク タロウ	
	氏 名	東北 太郎	

診療科名	(保険医)・保険薬剤師・その他	保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号	城	(医)・歯・薬	号
	主たる診療科	それ以外の診療科			
	内科	外科、整形外科			

開設者(法人の場合は、代表者)	(医師)・(歯科医師)・(保険医)・(薬剤師)・(保険薬剤師)・その他	保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号	城	(医)・歯・薬	号

健康保険法第65条第3項第1号、第3号から第5号までのいずれか(指定欠格事由)に該当	有 <input checked="" type="radio"/> 無	該当する方を、 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 で囲んでください。(条文はこちらをクリックしてください。) 内容 該 当 年 月 日 年 月 日	指定欠格事由に該当「有」の場合のみ記入してください。
--	--------------------------------------	--	----------------------------

医療法第30条の11の規定による勧告	有 <input checked="" type="radio"/> 無	該当する方を、 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 で囲んでください。(条文はこちらをクリックしてください。) 勧 告 年 月 日 年 月 日	医療法30条の11の規定による勧告を受けている場合のみ記入してください。
--------------------	--------------------------------------	--	--------------------------------------

指定に係る病床種別ごとの病床数等	50 床	(うち、一般病床 30 床 療養病床 20 床 精神病床 床 結核病床 床 感染症病床 床)	(特別の療養環境に係る病床 5 床 (個室 3 床 2人室 2 床 3人室 床 4人室 床))
------------------	------	--	---

上記のとおり申請します。 提出日を記入してください。

令和 年 月 日 (住所) 〒980-0000

保険医療機関・保険薬局の開設者名及び住所を記入してください。

宮城県仙台市青葉区000000

医療法人 〇〇会 理事長 東北 太郎

TEL (〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇 FAX (△△△)△△△-△△△△