

番 号	保 険 医 療 機 関 指 定 申 請 書					更新用
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ビョウイン			TEL () -	
	名 称	東北厚生局病院			FAX () -	
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				
開設者(法人の場合は、代表者)	内科	外科、整形外科				
	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	該当する方を、 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 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。)					指定欠格事由に該当「有」の 場合のみ記入してください。
	内 容	該 当 年 月 日			年 月 日	
医療法第30条の11の規定による勧告	該当する方を、 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 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。)					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。
	勧 告 年 月 日	年 月 日				
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。	開設者の氏名(フリガナ)及び住所(法人の場合は、名称(フリガナ)、代表者の職氏名(フリガナ)及び主たる事務所の所在地)				
令和 年 月 日		(住所) 〒980-0000				
東北厚生局長 殿	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。	(フリガナ) 宮城県仙台市青葉区000000				
		(氏名) リョウホウジン 医療法人 〇〇会 理事長 トウホク タロウ 知ウ 太郎				
		TEL (〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇 FAX (△△△)△△△-△△△△				