

保 険 医 療 機 関
保 険 薬 局
指 定 辞 退 申 出 書 < 記 載 例 >

医療機関(薬局)コード			
<div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; width: fit-content;"> 【指定通知書】に記載されている7桁のコードを記入してください。 </div>	(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 () -
	病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局	所在地	〒980- 宮城県仙台市青葉区
辞退予定年月日及び辞退の事由	令和 年 月 日	辞退の事由	のため
<div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; width: fit-content;"> この申出書の申出日の翌日から1ヶ月以上経過した日を記入してください。 </div>		<div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; width: fit-content;"> 辞退の理由を簡潔に記入してください。 </div>	
上記のとおり申し出ます。		開設者の氏名及び住所 (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) 〒 -	<div style="border: 2px solid blue; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;"> 保険医療機関・保険薬局の開設者名及び住所 </div>	
東北厚生局長 殿	(氏名)		
	TEL () - FAX () -		

添付書類・不要(辞退日後に保険医療機関または保険薬局の指定通知書の原本(紛失の場合は紛失届)を送付して下さい。)

担当者名	
TEL	() -