

保 險 医 療 機 関
保 險 薬 局
生活保護法指定医療機関

届出事項変更（異動）届 < 記載例 >

医療機関（薬局）コード		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○					
保険医療機関 又は 保険薬局の 名称	変更前	(法人名) 医療法人 ○○会					
		(機関名) 東北厚生局病院					
	変更後	(フリガナ) イリョウホウジン カイ					
		(法人名) 医療法人 ○○会					
		(フリガナ) コウセイロウドウクリニック					
		(機関名) 厚生労働クリニック					
変更（異動）年月日等			令和 ○年 ○月 ○日				
開設者名 又は 代表者名 <small>（法人の場合は 法人名、代表者 の役職及び氏 名）</small>	変更前	(法人名)					
		(氏名)					
	変更後	(フリガナ)					
		(法人名)					
		(フリガナ)					
		(氏名)					
		<small>保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号</small>	() 医・歯・薬				
<small>医籍等登録番号</small>	第	号					
(注)「保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号」及び「医籍等登録番号」欄は、開設者又は代表者が、当該項目に該当する場合に記載してください。			令和 年 月 日				
管理者 又は 管理薬剤師	変更前	(氏名)					
		(フリガナ)					
	変更後	(氏名)					
		<small>保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号</small>	() 医・歯・薬				
		<small>医籍等登録番号</small>	第	号			
保険医 又は 保険薬剤師 <small>*複数名の場合 は、別紙にご記 入ください。</small>	勤務者 ・ 勤務形 態変更	(フリガナ)					
		(氏名)					
		<small>登録の記号及び番号</small>	() 医・歯・薬				
		<small>医籍等登録番号</small>	第	号			
	<small>勤務形態</small>	常勤 ・ 非常勤					
	<small>担当診療科</small>						
勤務日・勤務形態変更日 *いずれかに○を付けてください。			令和 年 月 日				
退職者	(フリガナ)		退職日				
	(氏名)		令和 年 月 日				
	<small>登録の記号及び番号</small>	() 医・歯・薬					
その他の変更 区画変更・診療 科目（主たる診 療科を含む・診 療（開局）時 間・病床数（減 少の場合）・法人 所在地等	変更前						
	変更後						
生活保護法に基づく 指定医療機関の 届出関係（※）		生活保護法の指定 医療機関の変更の 届出を併せて行う	<input checked="" type="checkbox"/>	生活保護法第 49 条の 2 第 2 項 第 2 号から第 9 号まで（指定欠 格事由）に該当しない旨の誓約	<input checked="" type="checkbox"/>	国の開設した医 療機関	<input type="checkbox"/>
(※) は、該当する場合、右隣の□にチェックを入れること。							

上記のとおり届け出します。

令和 ○年 ○月 ○日 医療機関（薬局）名称 医療法人○○会 厚生労働クリニック

開設者の氏名及び住所（法人の場合は、名称、代表者の役職、氏名及び主たる事務所の所在地）

東北厚生局長 殿

仙台市青葉区○○3-2-1

理事長 東北 花子

勤務者・退職者届出事項変更(異動)届

医療機関(薬局)コード		医療機関(薬局)名称		
保険医 又は 保険薬剤師	勤務者 ・ 勤務形態変更	(フリガナ)		変更(異動)年月日等 勤務日・勤務形態変更日 *いずれかに○を付けてください。 令和 年 月 日
		(氏名)		
		登録の記号及び番号	() 医・歯・薬	
		医籍等登録番号	第 号	
		勤務形態	常勤・非常勤	
	担当診療科			
退職者	(フリガナ)		退職日 令和 年 月 日	
	(氏名)			
	登録の記号及び番号	() 医・歯・薬		
保険医 又は 保険薬剤師	勤務者 ・ 勤務形態変更	(フリガナ)		変更(異動)年月日等 勤務日・勤務形態変更日 *いずれかに○を付けてください。 令和 年 月 日
		(氏名)		
		登録の記号及び番号	() 医・歯・薬	
		医籍等登録番号	第 号	
		勤務形態	常勤・非常勤	
	担当診療科			
退職者	(フリガナ)		退職日 令和 年 月 日	
	(氏名)			
	登録の記号及び番号	() 医・歯・薬		
保険医 又は 保険薬剤師	勤務者 ・ 勤務形態変更	(フリガナ)		変更(異動)年月日等 勤務日・勤務形態変更日 *いずれかに○を付けてください。 令和 年 月 日
		(氏名)		
		登録の記号及び番号	() 医・歯・薬	
		医籍等登録番号	第 号	
		勤務形態	常勤・非常勤	
	担当診療科			
退職者	(フリガナ)		退職日 令和 年 月 日	
	(氏名)			
	登録の記号及び番号	() 医・歯・薬		
保険医 又は 保険薬剤師	勤務者 ・ 勤務形態変更	(フリガナ)		変更(異動)年月日等 勤務日・勤務形態変更日 *いずれかに○を付けてください。 令和 年 月 日
		(氏名)		
		登録の記号及び番号	() 医・歯・薬	
		医籍等登録番号	第 号	
		勤務形態	常勤・非常勤	
	担当診療科			
退職者	(フリガナ)		退職日 令和 年 月 日	
	(氏名)			
	登録の記号及び番号	() 医・歯・薬		

担当者名	東北 太朗
TEL	(123) 456 - 7890