

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)		変更（異動）年月日等  令和 ○年 ○月 ○日		
		(機関名)				
	変更後	(フリガナ)				
		(法人名)				
		(フリガナ)				
		(機関名)				
開設者名 又は 代表者名  (法人の場合は 法人名、代表者 の役職及び氏 名)	変更前	(法人名)		令和 ○年 ○月 ○日  (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。		
		(氏名)				
	変更後	(フリガナ)				
		(法人名)				
		(フリガナ)				
		(氏名)				
保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号		( ) 医・歯・薬				
医籍等登録番号		第 ○号				
管 理 者 又は 管理薬剤師	変更前	(氏名)		令和 ○年 ○月 ○日		
		(フリガナ)				
	変更後	(氏名)				
		保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号			( ) 医・歯・薬	
		医籍等登録番号			第 ○号	
保 険 医 又は 保険薬剤師  *複数名の場合 は、別紙にご記 入ください。	勤務者 ・ 勤務形 態変更	(フリガナ)		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	
	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	
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	診療科目 一部変更 内科 小児科		令和 ○年 ○月 ○日		
	変更後	内科 小児科 耳鼻科				
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 東北厚生局病院

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

宮城県仙台市青葉区○○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
		(氏名)		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
		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)	
(氏名)			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	
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)	
	(氏名)		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	
	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)	
(氏名)			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	
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 - 789