

(別紙 12)

## 保険医療機関廃止に伴う D P C 制度からの退出届

当院は、平成 年 月 日付で廃止するため、D P C 制度から退出します。

平成 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

印

(連絡先) 担当者名 :

所属部署 :

電話番号 :

E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿