（別紙11）

**不服意見書**

|  |
| --- |
| （通知された決定内容） |
| （決定に対する意見） |

当院は、上記理由により、通知された決定に対する意見を提出します。

　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