（別紙16）

**ＤＰＣ対象病院等名称等変更届**

|  |  |
| --- | --- |
| 変更予定年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| ＤＰＣ対象病院等区分 | 1．ＤＰＣ対象病院　　2．ＤＰＣ準備病院 |
| 旧保険医療機関名 |  |
| 新保険医療機関名 |  |
| 移転の有無 | 0.　無　　　　　　　　　　1.　有 |
| 移転前所在地住所 |  |
| 移転後所在地住所 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 病床数変更の有無 | 0.　無　　　　　　　　　　1.　有 |
| 保険医療機関番号変更の有無 | 0.　無　　　　　　　　　　1.　有 |

当院は、上記のとおり、保険医療機関の名称等を変更します。

　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