

指定又は指定更新のいずれかを○で囲んでください。

記入例

生活保護法指定医療機関 **指定** ・ 指定更新 申請書

保険医療機関番号を記載

|                           |                                                                                                                                         |                           |                      |                            |   |                                                                                          |   |   |   |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------|----------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| 名 称                       | (フリガナ) <b>〇〇イイン</b>                                                                                                                     | 医療機関コード                   | 0                    | 0                          | 1 | 2                                                                                        | 3 | 4 | 5 |
|                           | <b>〇〇 医院</b>                                                                                                                            |                           |                      |                            |   |                                                                                          |   |   |   |
| 所 在 地                     | 〒 780 - 8570<br>高知市丸ノ内1番地<br>Tel ( 088 ) 823 - 9624                                                                                     |                           |                      |                            |   |                                                                                          |   |   |   |
|                           | 開設者の氏名、生年月日、住所<br>(法人の場合は、「氏名(名称)」欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」欄に主たる事務所の所在地を記載)                                                       |                           |                      |                            |   |                                                                                          |   |   |   |
| 開設者の氏名、生年月日、住所            | (フリガナ) <b>イリョウホウジン ケンチョウカイ リジチョウ ケンチョウ ハナコ</b>                                                                                          | <b>医療法人 県庁会 理事長 県庁 花子</b> |                      |                            |   |                                                                                          |   |   |   |
|                           | 生年月日                                                                                                                                    | 年 月 日                     | 開設者が個人の場合のみ記載してください。 |                            |   |                                                                                          |   |   |   |
| 住所(所在地)                   | 〒 780 - 8570<br>高知市丸ノ内1番地                                                                                                               |                           |                      |                            |   |                                                                                          |   |   |   |
|                           | 管理者の氏名、生年月日及び住所                                                                                                                         | (フリガナ) <b>ケンチョウ ハナコ</b>   | 生年月日                 | <b>S 4 5 年 1 月 1 日</b>     |   |                                                                                          |   |   |   |
| 氏名                        |                                                                                                                                         | <b>県庁 花子</b>              |                      |                            |   |                                                                                          |   |   |   |
| 住所                        | 〒 780 - 8570<br>高知市丸ノ内200番地1                                                                                                            |                           |                      |                            |   |                                                                                          |   |   |   |
|                           | 厚生支局の保険医療機関及び保険薬局の指定通知にある期間を記入してください。※不明の場合は空欄で構いません。また、訪問看護ステーションのうち、介護保険法の指定を受けることにより健康保険法の指定を受けたとみなされるものについては、介護保険の指定の有効期間を記載してください。 |                           |                      |                            |   |                                                                                          |   |   |   |
| 診療科名                      | <b>内科、小児科</b>                                                                                                                           |                           |                      |                            |   |                                                                                          |   |   |   |
| 健康保険法による指定                | <b>有</b> ・ 指定申請中                                                                                                                        |                           | 有効期間                 | 〇〇年〇〇月〇〇日から<br>〇〇年〇〇月〇〇日まで |   |                                                                                          |   |   |   |
|                           | 生活保護法第49条の3第4項において規定する診療所又は薬局の該当の有無                                                                                                     |                           |                      | 有 ・ <b>無</b>               |   | 例1: 医療法人の場合...無<br>例2: 医師個人での開設で、所属する医師が院長のみの場合...有<br>例3: 医師個人での開設で、医師が院長と院長の妻のみの場合...有 |   |   |   |
| 現に受けている生活保護法による指定の有効期間満了日 | 年 月 日 (更新の場合のみ記載)                                                                                                                       |                           |                      |                            |   |                                                                                          |   |   |   |
| 生活保護法による指定日の遡及希望の有無       | 有 ・ <b>無</b>                                                                                                                            |                           | (遡及希望日)              |                            |   | (理由)                                                                                     |   |   |   |
|                           |                                                                                                                                         |                           | 年 月 日                |                            |   |                                                                                          |   |   |   |

有無どちらかを○で囲み、有の場合は遡及希望日と理由を記載してください

上記のとおり指定を申請します。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

(申請先)

高知県知事 様

〒 780 - 0850

住 所 高知市丸ノ内1番地

申請者(開設者)

Tel ( 088 ) 823 - 9624

氏 名 医療法人 県庁会 理事長 県庁 花子