

特定医療費 指定医療機関 変更届出書 (病院又は診療所)

| | | | | | |
|--|---------|--------------------------|-------|-----|--------------------------|
| 保険医療機関 | 名 称※1 | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 所 在 地 | <input type="checkbox"/> | 〒 | | |
| | 電 話 番 号 | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 医療機関コード | <input type="checkbox"/> | | | |
| 開 設 者 ※2 | 住 所 | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 氏名又は名称 | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 生 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | 年 月 日 | 役職名 | <input type="checkbox"/> |
| 標榜している診療科名 | | <input type="checkbox"/> | | | |
| 役員の氏名及び役職名 | | <input type="checkbox"/> | (別紙1) | | |
| <p>上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第19条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者</p> <p>住所 (法人にあっては所在地)</p> <p>氏名 (法人にあっては名称及び代表者氏名)</p> <p>高 知 県 知 事 様</p> | | | | | |

(注) 記載にあたっては、変更がある事項の□の中にチェック (☑) をし、変更後の内容を記載してください。

※1 法人の場合は、「名称」欄に法人名も含めて記載してください。

※2 「開設者」が法人の場合は、法人について「住所」及び「氏名又は名称」欄に記載し、「生年月日」及び「役職名」は記載不要です。

特定医療費 指定医療機関 変更届出書 (薬局)

| | | | | | |
|-------------|---------|--------------------------|-------|-----|--------------------------|
| 保 険 薬 局 | 名 称※1 | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 所 在 地 | <input type="checkbox"/> | 〒 | | |
| | 電 話 番 号 | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 薬 局 コード | <input type="checkbox"/> | | | |
| 開 設 者 ※2 | 住 所 | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 氏名又は名称 | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 生 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | 年 月 日 | 役職名 | <input type="checkbox"/> |
| 役員の氏名及び役職名 | | <input type="checkbox"/> | (別紙1) | | |

上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第19条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届け出ます。

年 月 日

開 設 者

住所

(法人にあつては所在地)

氏名

(法人にあつては名称及び代表者氏名)

高 知 県 知 事 様

(注) 記載にあたっては、変更がある事項の□の中にチェック (☑) をし、変更後の内容を記載してください。

※1 法人の場合は、「名称」欄に法人名も含めて記載してください。

※2 「開設者」が法人の場合は、法人について「住所」及び「氏名又は名称」欄に記載し、「生年月日」及び「役職名」は記載不要です。

特定医療費 指定医療機関 変更届出書 (指定訪問看護事業者等)

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者 指定介護予防サービス事業者 | 名称※ | <input type="checkbox"/> | |
| | 主たる事務所の所在地 | <input type="checkbox"/> | 〒 |
| | 電話番号 | <input type="checkbox"/> | |
| | 代表者 | 住所 | <input type="checkbox"/> |
| 氏名 | | <input type="checkbox"/> | |
| 生年月日 | | <input type="checkbox"/> | 年 月 日 |
| 役職名 | | <input type="checkbox"/> | |
| 訪問看護ステーション等 | 名称 | <input type="checkbox"/> | |
| | 所在地 | <input type="checkbox"/> | 〒 |
| | 電話番号 | <input type="checkbox"/> | |
| 訪問看護ステーションコード [※] 又は 介護保険事業者番号 | <input type="checkbox"/> | | |
| 役員の氏名及び役職名 | <input type="checkbox"/> | (別紙1) | |
| <p>上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第19条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者 指定介護予防サービス事業者 所在地 名称 代表者</p> <p>高知県知事様</p> | | | |

(注) 記載にあたっては、変更がある事項の□の中にチェック (☑) をし、変更後の内容を記載してください。

※ 法人の場合は、「名称」欄に法人名も含めて記載してください。

