

保 険 医 療 機 関
保 険 薬 局 指 定 辞 退 申 出 書
生活保護法指定医療機関

医療機関（薬局）コード						
(フリガナ) 名 称						
所 在 地	〒 ー					
辞 退 予 定 年 月 日 及 び 辞 退 の 事 由	令 和	年	月	日	事 由	
生活保護法の 指定医療機関の 届出関係 (※)	生活保護法の指定医療機関の辞退 の届出を併せて行う (※)	<input type="checkbox"/>	生活保護法第 49 条の 2 第 2 項第 2 号から第 9 号 まで (指定欠格事由) に該当しない旨の誓約 (※)	<input type="checkbox"/>	国の開設した医療機関 (※)	<input type="checkbox"/>

(※) は、該当する場合、右隣の□にチェックを入れること。

指定登録に関する省令第 10 条により申し出ます。

開設者の氏名及び住所

(法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地)

令 和 年 月 日

〒 ー

東海北陸厚生局長 殿

電話番号 ()

(注) 辞退予定年月日は、健康保険法第 79 条の規定により、保険医療機関・保険薬局指定辞退申出書の申出日の翌日から 1 か月以上の予告期間が必要となります。