

保 険 医 療 機 関
保 険 薬 局
生活保護法指定医療機関

届出事項変更（異動）届

医療機関（薬局） コード						
医療機関（薬局） 名称						
保険医療機関 又は 保険薬局の 名称	変更前	(フリガナ)				変 更 年 月 日
	変更後	(フリガナ)				令 和 年 月 日
開設者名 又は 代表者名 (法人の場合は法人 名及び代表者職氏名)	変更前	(氏 名)				変 更 年 月 日
	変更後	(フリガナ) (氏 名)				令 和 年 月 日
		保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号	()	医 歯 薬	医 籍 等 登 録 番 号	
管 理 者 又は 管理薬剤師	変更前	(氏 名)				変 更 年 月 日
	変更後	(フリガナ) (氏 名)				令 和 年 月 日
		保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号	()	医 歯 薬	医 籍 等 登 録 番 号	
保 険 医 又 は 保険薬剤師 *複数名の場合は、附 票にご記入ください。	勤務者 (新規 採用を 含む)	(フリガナ) (氏 名)				異 動 年 月 日
		(フリガナ) (氏 名)				令 和 年 月 日
		保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号	()	医 歯 薬	医 籍 等 登 録 番 号	
	常 勤 ・ 非 常 勤 の 別	常 勤 ・ 非 常 勤		担当診療科名		
	退職者	(フリガナ) (氏 名)				異 動 年 月 日
		(フリガナ) (氏 名)				令 和 年 月 日
		保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号	()	医 歯 薬	医 籍 等 登 録 番 号	
その他の変更 住居表示の変更、診療 科目、診療時間(開局 時間)、病床数(減少の 場合)変更等	変更前					変 更 年 月 日
	変更後					令 和 年 月 日
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 機関の変更の届出を併 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。

上記のとおり届け出します。

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

東海北陸厚生局長 殿

電話番号

()