

**記入例**

生活保護法指定医療機関 **指定** ・ 指定更新 申請書

保健医療機関番号を記載。申請中の場合は空欄。

次のとおり指定・指定の更新を申請します。

医療法による開設許可証等に記載されている名称を記入。

健康保険法で指定を受けた所在地を記入。

開設者が法人の場合、生年月日は記載不要

標ぼうする診療科名を記載。主たる診療科を最初に記載。

保険医療機関としての有効期間を記載

結核指定医療機関であるかどうか

①開設者のみが診療、調剤をしている場合・・・有に○  
②開設者とその家族(同一世帯)が診療、調剤している場合・・・有に○のうえ家族氏名を右欄に記入

みなし指定中の医療機関が指定申請する場合は更新ではないので空欄でよい

開設者が法人の場合は法人の代表者印を、個人の場合は個人の印を押印。

医療機関	フリガナ	シマネイン		医療機関コード	01-2345-6
	名称	しまね医院			
	所在地	〒690-8501 島根県松江市殿町111番地		TEL( 0852-22-6525 )	
開設者	フリガナ	シマネ ハナコ		生年月日	昭和43年2月1日
	氏名(名称等)	島根 花子			
	生年月日	昭和43年2月1日		開設者が法人の場合、生年月日は記載不要	
	住所(所在地)	〒690-8501 島根県松江市殿町1番地			
管理者	フリガナ	シマネ ハナコ		生年月日	昭和43年2月1日
	氏名	島根 花子			
	住所	〒690-8501 島根県松江市殿町1番地			
診療科名	内科、小児科		標ぼうする診療科名を記載。主たる診療科を最初に記載。		
病床数	一般	0床( )	結核	0床( )	
	療養	0床( )	感染症	保険医療機関としての有効期間を記載	
	精神	0床( )			
健康保険法による指定	有 ・ 指定申請中		有効期間	平成25年8月1日から 平成31年7月31日まで	
感染症の予防及び感染症の者に対する医療に関する法律による指定	有 ・ 無 ・ 指定申請中		平成25年8月1日指定(申請)		
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 ・ 無	左欄の「有」に該当する場合は、開設者以外に診療又は調剤に従事している医師、歯科医師又は薬剤師がいる場合、その医師、歯科医師又は薬剤師の氏名を右欄に記入			
現在の指定の有効期間満了日			年 月 日 (更新の場合のみ記載)		

平成 ××年 ○月 △日

島根県知事 様

〒690-8501

住所 島根県松江市殿町1番地

申請者(開設者)

氏名 しまね医院 島根 花子

印