

※ 記入する内容は、すべて保険医療機関(健康保険法)について、近畿厚生局に提出された書類と同じ内容を記入してください。

※ 間違って記入された場合、訂正印などは不要です。

(様式第1号)

### 指定更新記入例

生活保護法 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律 指定医療機関 指定 **・ 指定更新** 申請書

※該当する医療種別に○をしてください。

医療種別	病院	病院(歯科)	<input checked="" type="checkbox"/> 診療所	歯科診療所	訪問看護ステーション	調剤薬局	
(フリガナ)	オオサカエクリニク						
大手前クリニック	医療機関コード						
〒 540 - 8570	1	2	3	4	5	6	7
大阪市中央区大手前二丁目〇〇番〇〇号 別館8階							
Tel ( 06 ) 1111 - 2222							
開設者の氏名、生年月日、住所(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)	氏名(名称等)	大阪 太郎					
生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日						
住所(所在地)	〒 540 - 1234						
〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番〇号							
氏名	大阪 太郎						
住所	〒 540 - 1234						
〇〇市〇〇町〇							
内科・呼吸器科							
健康保険法による指定	<input checked="" type="checkbox"/> 有(更新済み)		指定(指定更新)申請中・未申請中			有効期間	
				令和 4年 4月 1日から		令和 10年 3月 31日まで	

住所を省略せず、マンション名や建物名も正しく記入してください。

正 : 大手前二丁目〇〇番〇〇号別館8階

誤 : 大手前2-〇〇-〇〇-8F

法人の場合は、記入不要です。

開設者が法人の場合は、主たる事務所の所在地を記入してください。

開設者が個人の場合は、お住まいの住所を記入してください。

保険医療機関(健康保険法)について、更新手続きが完了したら、有(更新済み)に○をつけてください。申請中の場合は、申請中に○をつけてください。

※ 健康保険法の指定とは、医療機関等が保険適用を受けるためのもの(保険医療機関)であり、この指定がないと生活保護法の指定を受けられません。

保険医療機関(健康保険法)について、近畿厚生局に申請された診療科名を記入してください。

訪問看護ステーションは、「訪問看護」と記入ください。薬局は記入不要です。

開設者が法人の場合は、「無」に○をつけてください。以下に該当する場合は、「有」に○をつけてください。

(1)個人開設で、かつ、開設者のみ診療・調剤行為を行っている場合

(2)個人開設で、かつ、開設者とその親族のみで診療・調剤行為を行っている場合

(※詳細は、申請書裏面の記載要領9番をご覧ください。)

有  無

令和 4年 3月 31日 (更新の)

年 月 (新規の)

更新後又は更新中の有効期間を記入ください。

例 : 満了日が令和4年3月31日の場合  
令和4年4月1日から令和10年3月31日まで  
(更新は6年ごとに行います)

有効期間がわからない場合は、空欄のままかまいません。

お手元に届いた更新案内に書かれている指定の有効期間満了日を記入して下さい。(更新案内は満了日の3カ月前ごろに発送予定です)

申請書を作成し、提出する日を記入してください。

令和4年 3月 31日

(申請先) 大阪府知事様

〒 540 - 1234

〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番〇号

申請者(開設者) 大阪 太郎

Tel ( 06 ) 3333 - 4444

氏名 大阪 太郎

福祉事務所收受日	
年 月 日 収	

申請者(開設者)が法人の場合は、住所欄に法人の主たる事務所の所在地を、氏名欄には法人名及び代表者の職、氏名を記入してください。

※ 印鑑等の押印は必要ありません。

法人の例 : 医療法人〇〇会 理事長 大阪 太郎

個人の例 : 大阪 太郎