

※ 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)

指定記入例

生活保護法 中国帰国者等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した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

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

| | | | | | |
|--------------------|-----------|--------------------------------------|-------|------------|---------------|
| 病院 | 病院(歯科) | <input checked="" type="radio"/> 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) | オオサカクリニック | | | | 医療機関コード |
| | 大手前クリニック | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 〒 | 8570 | | | | |
| 大阪市中央区大手前二丁目〇〇番〇〇号 | | | | | |

法人の場合は、記入不要です。

保険医療機関(健康保険法)の7ケタの医療機関番号を記入してください。「-」は不要です。

※ 番号が申請中の場合は、空欄のままかまいません。

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。

| | | |
|--------------------------------------|-----------------|----------|
| 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 | 氏名(名称等) | オオサカ タロウ |
| 生年月日 | 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | |
| 〒 | 540-1234 | |
| 住所 | 〇〇市〇〇〇町〇丁目〇〇番〇号 | |

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。

新たに指定の申請をされる場合は、指定(指定更新)申請中に〇をつけてください。

※ 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。

| | | |
|-----------------|--|----------------------------|
| 管理者の氏名、生年月日及び住所 | 氏名 | 大阪 太郎 |
| 〒 | 540-1234 | |
| 住所 | 〇〇市〇〇〇町〇丁目〇〇番〇号 | |
| 診療科 | 内科・呼吸器科 | |
| 有(更新済み) | <input checked="" type="radio"/> 指定(指定更新)申請中 | <input type="radio"/> 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 |

こちらの項目に記入は必要ありません。

保険医療機関(健康保険法)の有効期間を記入ください。

例：開始日が令和4年4月1日の場合
令和4年4月1日～令和10年3月31日
(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。

申請書を作成し、提出する日を記入してください。

上記のとおり指定を申請します。

令和4年 3月 31日

(申請先)

大阪府知事 様

住所

〒540-1234

〇〇市〇〇〇町〇丁目〇〇番〇号

申請者(開設者)

〒(06)333

(氏名)

大阪 太郎

福祉事務所

年 月

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

無