

指定医療機関変更届

|  |                                     |                           |   |  |    |     |  |  |  |
|--|-------------------------------------|---------------------------|---|--|----|-----|--|--|--|
| 保険医療機関等  | 保険医療機関等の区分                          | 病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 指定訪問看護事業者等 |   |  |    |     |  |  |  |
|  | 保険医療機関等コード                          | 2                         | 1 |  |    |     |  |  |  |
|  | 名称                                  | 変更前                       |   |  |    | 変更後 |  |  |  |
|  |                                     |                           |   |  |    |     |  |  |  |
|  | 所在地                                 | 〒 -                       |   |  |    | 〒 - |  |  |  |
|  | 電話番号                                |                           |   |  |    |     |  |  |  |
| メールアドレス  |                                     |                           |   |  |    |     |  |  |  |
| 開設者等   | 住所又は所在地<br>(法人にあつては、<br>主たる事務所の所在地) | 〒 -                       |   |  |    | 〒 - |  |  |  |
|  | 氏名又は名称<br>(法人にあつては、<br>名称及び代表者職氏名)  |                           |   |  |    |     |  |  |  |
| 標ぼうしている診療科名<br>(病院又は診療所のみ記載)   |                                     |                           |   |  |    |     |  |  |  |
| 役員の職名及び氏名<br>(申請者が法人の場合)   | 職名                                  | 氏名                        |   |  | 職名 | 氏名  |  |  |  |
|  |                                     |                           |   |  |    |     |  |  |  |
|  |                                     |                           |   |  |    |     |  |  |  |
|  |                                     |                           |   |  |    |     |  |  |  |
|  |                                     |                           |   |  |    |     |  |  |  |
| 変更年月日  |                                     | 年 月 日                     |   |  |    |     |  |  |  |
| <p>変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため、難病の患者に対する医療等に関する法律第19条の規定により届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>岐阜県知事 様</p> <p>届出者 住所又は所在地<br/>(開設者等) (法人にあつては、<br/>主たる事務所の所在地)</p> <p>氏名又は名称<br/>(法人にあつては、<br/>名称及び代表者職氏名)</p> |                                     |                           |   |  |    |     |  |  |  |

[事務担当者の連絡先]

|     |  |       |  |      |  |
|-----|--|-------|--|------|--|
| 部署等 |  | 担当者氏名 |  | 電話番号 |  |
|-----|--|-------|--|------|--|

- 備考
- 「保険医療機関等の区分」は、該当するものを○で囲んでください。
  - 「保険医療機関等コード」は、病院又は診療所の場合は保険医療機関コードを、薬局の場合は保険薬局コードを、指定訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。
  - 変更のある事項について、変更内容を記載してください。
  - 役員の記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。