

指定医療機関休止等届

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											
	所 在 地	〒 ー										
	電 話 番 号											
	メールアドレス											
開 設 者 等	住所又は所在地 (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)	〒 ー										
	氏名又は名称 (法人にあつては、 名称及び代表者職氏名)											
	届出事由が生じた日	年 月 日										
	届出事由	1 業務の休止 2 業務の廃止 3 業務の再開 4 難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第43条第2号該当 ()										
	備 考											
難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第43条の規定により、上記のとおり届け出ます。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 岐阜県知事 様 届出者 住所又は所在地 (開設者等) (法人にあつては、 主たる事務所の所在地) 氏名又は名称 (法人にあつては、 名称及び代表者職氏名)												

[事務担当者の連絡先]

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

- 備考 1 「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。
 2 「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。
 3 「届出事由」は、該当するものに○を付け、()内に詳細を記載してください。