

記入例

指定(難病)医療機関 変更届出書

既に指定医療機関となっている病院又は診療所から介護医療院に転換する場合は、「介護保険事業所番号」を記載してください。

名称	<input type="checkbox"/>	医療法人社団〇〇会 〇〇病院
所在地	<input type="checkbox"/>	〒***-**** 〇〇市×× 〇丁目〇番地〇号
電話番号	<input type="checkbox"/>	000-000-0000
コード	<input type="checkbox"/>	△△△△△△△

3から5は該当する全てに〇をして下さい。重複可

介護医療院の場合は、「代表者」について記載してください。

※該当する番号を〇で囲んで下さい。

<input type="checkbox"/> 1 病院・診療所・歯科	<input type="checkbox"/> 2 保険薬局	<input type="checkbox"/> 3 指定訪問看護 (健康保険法)	<input type="checkbox"/> 4 居宅(訪問) (介護保険法)	<input type="checkbox"/> 5 予防(訪問) (介護保険法)
--------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------------------	----------------------------------------------	----------------------------------------------

保険医療機関等

開設者	住所又は所在地	<input type="checkbox"/>	〒***-**** 〇〇市×× 〇丁目〇番地〇号
	氏名又は名称	<input checked="" type="checkbox"/>	医療法人社団〇〇会 理事長 〇〇 〇〇

標ぼうしている診療科
(医療機関のみ)

変更となる項目にチェックを付してください。

<input type="checkbox"/>	●●科、●●科
--------------------------	---------

介護医療院の場合は、「介護医療院」と記載してください。

訪問看護 (訪問看護)	名称	<input type="checkbox"/>	
	所在地	<input type="checkbox"/>	

役員の職・氏名 (開設者が法人の場合) (別紙可)	職名		氏名	
	<input type="checkbox"/>	理事長	<input checked="" type="checkbox"/>	〇〇 〇〇
<input type="checkbox"/>	理事	<input type="checkbox"/>	〇〇 〇〇	
<input type="checkbox"/>	理事	<input type="checkbox"/>	〇〇 〇〇	
<input type="checkbox"/>	理事	<input type="checkbox"/>	〇〇 〇〇	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

書ききれない場合は、「別添のとおり」と記載して役員名簿を添付してください。

上記のとおり難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第19条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。

年 月 日

開設者
住所(法人にあっては所在地) : 〇〇市×× 〇丁目〇番地〇号
氏名(法人にあっては名称及び代表者氏名) : 医療法人社団〇〇会 理事長 〇〇 〇〇

山口県知事 様

押印は不要です(法人・個人とも)。

※変更がある事項の口にし印を付すること。