

まず、健康保険法の指定通知書をご用意いただき、その登録内容に基づき、記入してください

別添1様式(申請書)

記入例

生活保護法指定医療機関 指定・指定更新 申請書

生活保護法第49条の規定及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第4項の規定に基づき、次のとおり申請します。

名 称	(フリガナ) トトリクリニック 鳥取クリニック	医療機関コード								健康保険法で指定された7桁のコードを記載してください。	
所在地	〒 - 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号		TEL()							健康保険法で指定された住所を記載してください。	
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)	(フリガナ) イロウホウジン〇〇 リジチョウ 〇〇 医療法人 〇〇 理事長 〇〇									法人の場合は、法人の名称及び代表者の役職・氏名を記載してください。
	生年月日	年 月 日									法人の場合は、記入不要。
	住所(所在地)	〒 - 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号									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。
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名	(フリガナ) トトリ タロウ 鳥取 太郎	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日							管理者が開設者と同様の場合、同上として構いません。
	住所	〒 - 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号									
診療科名											健康保険法(又は介護保険法)の指定通知書の有効期間を記載してください。(更新申請中の場合は、更新後の予定期間をご記入ください。)
健康保険法による指定	有・指定申請中・指定更新申請中	有効期間	令和〇〇年 〇月 〇〇日から		令和〇〇年 〇月 〇〇日まで						
生活保護法第49条の3第4項において規定する診療所又は薬局の該当の有無	有 <input checked="" type="radio"/> ・ 無 <input type="radio"/>										①該当「有」となる場合 ・開設者が個人であり、開設者のみが診療、調剤を行っている場合。 ・開設者が個人であり、開設者以外に同一世帯の親族のみが診療、調剤を行っている場合。 ②該当「無」となる場合 ・開設者が法人である場合 ・開設者が個人であり、開設者以外に親族ではない医師等が定期的に診療、調剤を行っている場合。 ・開設者が個人であり、同一世帯でない親族が診療、調剤を行っている場合。
現に受けている生活保護法による指定の有効期間満了日	年 月 日 (更新の場合のみ記載)										

上記のとおり指定を申請します。

令和 年 月

申請年月日

(申請先)
鳥取県知事

〒 -
住 所 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号

申請者(開設者)

TEL() -

氏 名

医療法人 〇〇
理事長 〇〇

担当者名

印

〇〇 〇〇

・申請者=開設者。
上記、開設者の氏名、住所、電話番号と相違ないように記載してください。
・申請者が法人の場合は、法人名、所在地及び代表者役職・氏名 を記載の上、代表者印を押印
・申請者が個人の場合は、住所・氏名を記入の上、押印。

☆ なお、別紙「誓約書」の住所、氏名については、本申請書の申請者(開設者)と同じ住所氏名をご記入ください。