

生活保護法等指定医療機関 (指定) ・ 指定更新 申請書

生活保護法第49条(中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(以下、「中国残留邦人等支援法」という。))第14条第4項においてその例によるものとされた生活保護法第49条の規定に基づく指定機関を含む。)の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

記入例

名 称	(フリガナ) イチノミヤシクリニック イチノミヤシクリニック		1
連 絡 先	電話番号 (0586) 11-1234 FAX番号 (0586) 11-1234	医療機関コード	1 2 3 4 5 6 7
所 在 地	〒 491 - 1234 一宮市一宮1丁目1番1号		2
開設者の氏名、生年月日、住所 (法人の場合は、「氏名」欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所」欄に主たる事務所の所在地を記載)	氏名 (フリガナ) イリョウホウジンイチノミヤ リジチョウ イチノミヤ タロウ 医療法人 イチノミヤ 理事長 一宮 太郎	生年月日	3
	住所 〒 491 - 1234 一宮市一宮2丁目2番2号		
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名 (フリガナ) イチノミヤ タロウ 一宮 太郎	生年月日 昭和40年1月1日	
	住所 〒 491 - 1234 一宮市一宮3丁目3番3号		4
診 療 科 名	内科、外科		5
健康保険法による指定(介護保険法による指定)	有効期間	令和〇年〇月〇日から 令和〇〇年〇月〇日まで	
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	6 有 ・ 無		
中国残留邦人等支援法第14条第4項において、その例とされた指定を希望しない場合は、希望しないに○を記入	7 希望しない		
適 用 希 望 日	年 月 日 ※希望がある場合のみ記入		
適用希望日の希望理由 (該当するものに○、その他理由は内容を記載)	開設 ・ 開設者変更法人化 ・ 移転 ・ 生活保護受給者の利用があったため その他理由:		
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 ※更新の場合のみ記入		

①「保険医療機関指定通知書」に記載の名称を記載してください。

②「保険医療機関指定通知書」に記載の医療機関コードを記載してください。

③開設者が法人の場合、生年月日を記載する必要はありません。

④診療所の所在地ではなく、管理者本人の住所を記載してください。

⑤「保険医療機関指定通知書」を確認してください。通知書が見当たらない場合は、東海北陸厚生局のホームページで確認できます。

⑥厚生労働大臣が認定した「特定中国残留邦人及び配偶者の方を対象にした制度になります。指定を希望しない場合は「希望しない」に○を記入してください。

⑧申請者＝開設者となります。申請者が法人の場合は、事務所の所在地及び法人名とその代表者の職・氏名を記入してください。申請者が個人の場合は、住所・氏名を記入してください。

8

⑥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。

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定期的に診療、調剤を行っている場合。

年 月 日 (申請年月日)

(あて先)一 宮 市 長

〒 491 - 1234

住 所 一宮市一宮2丁目2番2号

申請者(開設者)

氏 名 医療法人 イチノミヤ 理事長 一宮 太郎

TEL (0586) 22 - 1234

生活保護法等指定医療機関 指定・**指定更新** 申請書

生活保護法第49条(中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(以下、「中国残留邦人等支援法」という。))第14条第4項においてその例によるものとされた生活保護法第49条の規定に基づく指定機関を含む。)の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

記入例

名 称	(フリガナ) イチノミヤシクリニク イチノミヤシクリニク ①	
連 絡 先	電話番号 (0586) 11-1234 FAX番号 (0586) 11-1234	医療機関コード 1 2 3 4 5 6 7
所 在 地	〒 491 - 1234 一宮市一宮1丁目1番1号 ②	
開設者の氏名、生年月日、住所 (法人の場合は、「氏名」欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所」欄に主たる事務所の所在地を記載)	氏名 (フリガナ) イリョウホウジンイチノミヤ リジチョウ イチノミヤ タロウ 医療法人 イチノミヤ 理事長 一宮 太郎	生年月日 ③ 年 月 日
	住所 〒 491 - 1234 一宮市一宮2丁目2番2号	
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名 (フリガナ) イチノミヤ タロウ 一宮 太郎	生年月日 昭和40年1月1日
	住所 〒 491 - 1234 一宮市一宮3丁目3番3号 ④	
診 療 科 名	内科、外科 ⑤	
健康保険法による指定(介護保険法による指定)	有効期間	平成〇〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで
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 ・ 無	
中国残留邦人等支援法第14条第4項において、その例とされた指定を希望しない場合は、希望しないに○を記入	希望しない	
適 用 希 望 日	年 月 日 ※希望がある場合のみ記入	
適用希望日の希望理由(該当するものに○、その他理由は内容を記載)	開設 ・ 開設者変更 法人化 ・ 移転 ・ 生活保護受給者の利用があったため その他理由:	
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	令和〇年〇月〇日 ※更新の場合のみ記入 ⑥	

①「保険医療機関指定通知書」に記載の名称を記載してください。

②「保険医療機関指定通知書」に記載の医療機関コードを記載してください。

③開設者が法人の場合、生年月日を記載する必要はありません。

④診療所の所在地ではなく、管理者本人の住所を記載してください。

⑤有効期間は、東海北陸厚生局のホームページでも確認できます。東海北陸厚生局で更新手続き中の場合は、新しい有効期間(予定)を記載してください。不明の場合は、空欄のまま提出してください。

更新の場合は記載不要です。

⑥生活保護法等指定医療機関指定通知書の有効期間の満了日の日付を記載してください。

令和〇年〇月〇日 (申請年月日)

(あて先)一宮市長

〒 491 - 1234
住 所 **一宮市一宮2丁目2番2号**

申請者(開設者)

氏 名 **医療法人 イチノミヤ 理事長 一宮 太郎** ⑦

TEL (0586) 22 - 1234

⑦申請者＝開設者となります。申請者が法人の場合は、事務所の所在地及び法人名とその代表者の職・氏名を記入してください。申請者が個人の場合は、住所・氏名を記入してください。