記入例

生活保護法及び中国残留邦人等支援法指定医療機関（指定 ・ 指定更新）申請書

生活保護法第49条及び中国残留邦 住帰国した中
定配偶者の自立の支援に関する法律 おり指定を申

近畿厚生局に届出した正式な医療機関名称

近畿厚生局より付番された医療機関コード

名　　称	(フリガナ) コウベシンリョウジョ ○○診療所	医療機関コード	0 0 0 0 0 0 0
所　在　地	〒 650 － 8570 神戸市中央区加納町6－5－ TEL (078)331		
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) イリョウホウジンシャダンコ ロウ 医療法人社団神戸会 理事長 神戸 太郎		
	生年月日 年 月 日		
	住所(所在地) 〒 650 － 0000 神戸市兵庫区○○町1－1－1		
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名 (フリガナ) コウベ イチロウ 神戸 一郎	生年月日 H1 年 1 月 1 日	
	住所 〒 650 － 0001 神戸市西区○○町1－1－1		
診　療　科　名	内科・小児科		
健康保険法による指定	(有) ・ 指定申請中 (申請日: 年 月 日)	有効期間 R3 年 4 月 1 日から R9 年 3 月 31 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)		
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)		

医療機関の住所・電話番号

個人開設の場合→開設者の氏名
法人開設の場合→法人名・代表者

個人開設の場合のみ記載

個人開設の場合→開設者の自宅住所
法人開設の場合→法人住所

管理者(院長等)の氏名・生年月日

管理者(院長等)の自宅住所

健康保険法による指定の有効期間

個人開設で、かつ、開設者のみ(個人経営)又は開設者と同居する家族のみ(家族経営)で診療・調剤行為を行っている場合は「有」を、それ以外の場合は「無」を選択

更新の場合は更新案内文にある指定の有効期間満了日を記載

令和○年4月1日

神戸 市 長 様

住所と氏名は開設者欄と同じ内容を記入。併せて電話番号も記載
押印は不要

申請者(開設者)

〒 650 － 0000
住 所 神戸市兵庫区○○町1－1－1

TEL(078) 000－0001

氏 名 医療法人社団神戸会
理事長 神戸 太郎

記入にあたっては，黒ボールペン又は黒インクで記入してください。消えるインク等は受付できませんのでご