

生活保護法・中国残留邦人等支援法 指定医療機関

※

名 称
所 在 地
そ の 他

 変更届書

次のとおり変更しましたので届け出ます。

指定医療機関	医療機関コード	
	名 称	
	所 在 地	
変更事項	旧	
	新	
変 更 年 月 日	年 月 日	
委託患者の措置状況		

年 月 日

長崎県知事様

申請者
(開設者)

住所
(法人の場合は法人の主たる事務所所在地)

氏名
(法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)

(裏 面)

注意事項

- 1 この書類は、長崎県知事（長崎県福祉保健課あて）に提出してください。
- 2 この書類は、医療機関の名称、所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったとき、所要事項を記載して提出してください。

記載要領

- 1 病院、診療所又は薬局が届け出る場合には、その病院等について記載してください。指定訪問看護事業者等が届け出る場合には、その開設する訪問看護ステーション等ごとに記載してください。
- 2 指定医療機関の「医療機関コード」は、保険医療機関番号又は訪問看護ステーションコードを算用数字で記載してください。
- 3 指定医療機関の「名称」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可若しくは指定を受け、又は届け出た正式な名称を記載してください。
- 4 「委託患者等の措置状況」は、既に行った措置及び今後予定している措置を記載してください。
- 5 届出者が法人の場合には、法人名称とともにその代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。

記入例

※名称変更の場合
※開設者の変更、医療機関コードの変更
が伴う場合は、廃止・指定申請手続きが
必要です。

生活保護法

名 称

所 在 地

そ の 他

変更届書

保険医療機関としての「医療機関番号7桁」(九州厚生局指定)を記入ください。

次のとおり変更しましたので届け出

指定医療機関	医療機関コード	1 2 3 4 5 6 7
	名 称	万オクリニック
	所 在 地	〇〇市〇〇町〇番〇号
変更事項	旧	江戸クリニック
	新	万オクリニック
変 更 年 月 日	令和 3 年 4 月 1 日	
委託患者の措置状況		

開設者が法人の場合、法人の主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職名、氏名を記入します。

年 月

提出日

長崎県知事様

申請者
(開設者)

住所 〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号

(法人の場合は法人の主たる事務所所在地)

医療法人 江戸クリニック

氏名 理事長 江戸 太郎

(法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)

記入例

※地番変更等による所在地変更の場合
※移転の場合は、廃止・指定申請の手続き
が必要です。

生活保護法・中国残留邦人等支援法 指定医療機関

所在地

変更届書

その他

保険医療機関としての「医療機関番号7桁」(九州厚生局指定)を記入ください。

次のとおり変更しましたので届け出

指定医療機関	医療機関コード	1 2 3 4 5 6 7
	名称	江戸クリニック
	所在地	〇〇市◆◆町□□番〇〇号
変更事項	旧	〇〇市〇〇町〇番〇号
	新	〇〇市◆◆町□□番〇〇号
変更年月日	令和 3 年 4 月 1 日	
委託患者の措置状況		

開設者が法人の場合、法人の主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職名、氏名を記入します。

年 月

提出日

長崎県知事様

申請者
(開設者)

住所 〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号

(法人の場合は法人の主たる事務所所在地)

医療法人 江戸クリニック

氏名 理事長 江戸 太郎

(法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)

記入例

※開設者法人の代表者を変更した場合

生活保護法・中国残留邦人等支援法 指定医療機関

※

名 称
所 在 地
そ の 他

 変更届書

次のとおり変更しましたので届け出

保険医療機関としての「医療機関番号7桁」(九州厚生局指定)を記入ください。

指定医療機関	医療機関コード	1 2 3 4 5 6 7
	名 称	江戸クリニック
	所 在 地	〇〇市〇〇町〇番〇号
変更事項	旧	(開設者法人代表者) 理事長 江戸 太郎
	新	(開設者法人代表者) 理事長 江戸 花子
変 更 年 月 日	令和 3 年 4 月 1 日	
委託患者の措置状況		

開設者が法人の場合、法人の主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職名、氏名を記入します。
開設者が個人の場合、個人の住所、を記入します。

年 月

提出日

長崎県知事様

申請者
(開設者)

住所 〇〇市〇〇町〇番〇号

(法人の場合は法人の主たる事務所所在地)

医療法人 江戸クリニック

氏名 理事長 江戸 花子

(法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)