

様式 9

指定医療機関指定通知書再交付申請書

保険医療機関	名称	
	所在地	〒
	医療機関コード	
再交付申請の理由 (該当するものに○)		紛失 ・ き損 ・ その他
その他の理由		
<p>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14条第1項に規定する指定医療機関の指定について、指定通知書の再交付を受けたいので申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住 所</p> <p>氏名又は名称</p> <p>長崎県知事 殿</p>		

- ※ 再交付理由がき損の場合は、当該指定医療機関指定通知書（原本）を添付してください。
- ※ 紛失により再交付を受けた後、失った指定医療機関指定通知書を発見したときは、当該指定通知書を速やかに返還してください。