指定医療機関指定辞退申出書

**難 病**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名　　　　　称 |  |
| 所　　在　　地 |  |
| コ ー ド ※１ |  |
| 電　話　番　号 |  |
| 開　設　者 | 住所又は所在地 |  |
| 氏　　　　名 |  |
| 職名又は名称 |  |
| 指定辞退年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 指定辞退の  理　　　由 |  | |
| 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２０条の規定による指定医療機関の指定の辞退の届出をします。    年　　　月　　　日 ※２  開設者  住 　所  氏　 名  （又は代理者※３）  　石 川 県 知 事 　殿 | | |

　※１ 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、

訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコードまたは介護保険事業所番号を記載。

　※２ 指定辞退の年月日より一ヵ月以上前に申出書を提出すること。

※３ 開設者が死亡の場合は代理者が申出書を提出すること。