

生活保護法指定医療機関 **指定** ・ 指定更新 申請書

名 称	(フリガナ)		医療機関コード									
所 在 地	〒 - Tel () -											
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)										
	生年月日	年	月	日								
	住所(所在地)	〒 -										
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名	(フリガナ)		生年月日	年	月	日					
	住所	〒 -										
診 療 科 名												
健康保険法による指定	有	・	指定申請中	有効期間	年	月	日から	年	月	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)											

上記のとおり指定を申請します。

年 月 日

(申請先)

石川 県 知 事 様

〒 -
住 所

申請者(開設者)

Tel () -

氏 名

注) この申請は、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第14条第4項による指定医療機関の指定申請も兼ねています。

注意事項

- 1 この書類は、県厚生政策課又は最寄の福祉事務所に提出してください。
- 2 貴機関が新たに指定された場合には、県告示により公示するほか、指定通知書により通知します。
- 3 更新申請の場合、指定の有効期間の満了日までに、申請に対する通知がなされないときは、従前の指定は、指定の有効期間の満了後もその通知がされるまでの間は、なおその効力を有します。

記載要領

- 1 標題の「指定・指定更新」の部分は、指定、指定更新のいずれかを○で囲んでください。
- 2 「名称」は医療法による開設許可証等に記載されている名称を記載してください。
- 3 「医療機関コード」は保険医療機関番号を記載してください。
- 4 開設者が法人の場合、「氏名(名称等)」に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」に法人の主たる事務所の所在地を記載してください。
※開設者が法人の場合、生年月日については記載の必要はありません。
- 5 「診療科名」は、標榜する診療科名を記載してください。診療科名が複数ある場合には、主たる診療科を最初に記載してください。
※薬局の場合、「診療科名」は記載の必要はありません。
- 6 「健康保険法による指定」は、申請時点における健康保険法による指定の「有」・「指定申請中」のいずれかを○で囲み、「有」の場合は健康保険法による指定の有効期間を記載してください。また、「指定申請中」の場合は、健康保険法による指定の申請を行った日を記載してください。
※健康保険法の指定を受けていない場合には、生活保護法の指定は受けられません。
※訪問看護ステーションのうち、介護保険法の指定を受けることにより、健康保険法の指定を受けたとみなされるものについては、「健康保険法による指定」の「有効期間」には、介護保険法の指定の有効期間を記載してください。
- 7 「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」については、生活保護法第49条の3第1項に基づき指定の更新を受けようとする場合に、記載してください。
- 8 「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」とは、以下のいずれかに該当するものです。
 - ① 医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師若しくは薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
 - ② 医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師若しくは薬剤師及びその者と同一の世帯に属する配偶者、直系血族若しくは兄弟姉妹である医師、歯科医師若しくは薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
- 9 申請者(開設者)の署名は、法人の場合は、名称、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

健康保険法による指定を受けた際の名称・所在地等を記入してください。

生活保護法指定医療機関 **指定** ・ 指定更新 申請書

名 称	(フリガナ) 〇〇クリニック	医療機関コード	1	2	3	4	5	6	7	
	〇〇クリニック									
所 在 地	〒 111 - 1111 〇〇市△△町1-2-3 Ⅸ(111) 111 - 1111									
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) イリヨウホウジンシャダン〇〇カイ リジチョウ イシカワ タロウ	医療法人社団〇〇会 理事長 石川 太郎								
	生年月日	年	月	日	開設者が個人の場合は個人の生年月日を記入 法人の場合は記入不要					
	住所(所在地)	〒 222 - 2222 〇〇市△△町1-2-3								
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名 (フリガナ) イシカワ タロウ	生年月日	昭和33 年 3 月 3 日							
	住所	〒 333 - 3333 △△市□□町4-5-6								
診 療 科 名	〇〇科 健康保険法による指定の有効期間を記入 (指定申請中の場合は指定予定日を記入)									
健康保険法による指定	<input checked="" type="radio"/> 有	・	指定申請中	有効期間	令和〇 年 △ 月 □ 日から 令和● 年 ▲ 月 ■ 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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)									

上記のとおり指定を申請します。

令和 〇 年 **〇** 月 **〇〇** 日 **申請書の提出日を記入**

(申請先)
石 川 県 知 事 様

〒 **111 - 1111**
住 所

申請者(開設者) **〇〇市△△町1-2-3** Ⅸ(**076**) **111 - 1111**

氏 名

医療法人社団〇〇会 石川 太郎

医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関で、診療(調剤)に従事する者が

- ①開設者本人のみである場合
- ②開設者及び
 - ・開設者と同一の世帯に属する配偶者
 - ・開設者の直系血族若しくは兄弟姉妹のみである場合 ⇒該当有

注) この申請は、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第14条第4項による指定医療機関の指定申請も兼ねています。