

法人用記入例

※個人用記入例は裏面にあります。

生活保護法指定医療機関 **指定**・指定更新 申請書

下記、開設者欄の住所・氏名と相違ないように記載して下さい

令和〇年〇月〇日

(宛先) 高松市長

申請者 住 所 高松市〇〇町〇〇番地

氏 名 医療法人社団 〇〇
理事長 〇〇 〇〇

まず、健康保険法の指定通知書を御準備いただき、その登録どおりに各項目を記載して下さい。

(法人にあつては、その主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

生活保護法第49条の規定による生活保護法指定医療機関の申請は、次のとおり申請します。

健康保険法で指定された7桁のコードを記載。歯科併設の場合、歯科コードも記載して下さい。

名 称	〇〇クリニック		医療機関コード	〇〇〇〇〇〇〇
所 在 地	〒760-0000 高松市〇〇町〇丁目〇番〇号 〇〇ビル1階			
連 絡 先	電話番号	087- -	FAX番号	087- -
開 設 者 <small>(法人の場合は、法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、住所欄に主たる事務所の所在地を記載)</small>	氏名	医療法人社団 〇〇 理事長 〇〇 〇〇	生年月日	<u>(法人の場合は記載不要)</u>
	住所	〒760-1111 高松市〇〇町〇〇番地		
管 理 者	氏名	高松 花子	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
	住所	〒760-2222 高松市〇〇町〇〇番地 〇〇マンション 〇〇〇号		
診 療 科 名	〇〇科、〇〇科			
健康保険法による指定	<input checked="" type="radio"/> 有	申請中	有効期間	令和〇〇年〇月〇日から 令和〇〇年〇月〇日まで
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 (再 〇〇〇〇の場合のみ記載)			

開設者が法人の場合は、「無」になります。

個人用記入例

※法人用記入例は裏面にあります。

生活保護法指定医療機関 指定 指定更新 申請書

下記、開設者欄の住所・氏名と相違ないように記載して下さい

令和〇年〇月〇日

(宛先) 高松市長

申請者 住所 高松市〇〇町〇〇番地

氏名 高松 花子

(法人にあっては、その主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

まず、健康保険法の指定通知書を御準備いただき、その登録どおりに各項目を記載して下さい。

生活保護法第49条の規定による生活保護法指定医療機関の申請は、次のとおり申請します。

健康保険法で指定された7桁のコードを記載。歯科併設の場合、歯科コードも記載して下さい。

名称	〇〇クリニック		医療機関コード	〇〇〇〇〇〇〇
所在地	〒760-0000 高松市〇〇町〇丁目〇番〇号 〇〇ビル1階			
連絡先	電話番号	087- -	FAX番号	087- -
開設者 <small>(法人の場合は、法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、住所欄に主たる事務所の所在地を記載)</small>	氏名	高松 花子	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
	住所	〒760-1111 高松市〇〇町〇〇番地 〇〇マンション 〇〇〇号		
管理者	氏名	高松 花子	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
	住所	〒760-1111 高松市〇〇町〇〇番地 〇〇マンション 〇〇〇号		
診療科名	〇〇科、〇〇科			
健康保険法による指定	<input checked="" type="radio"/> 申請中	有効期間	令和〇〇年〇月〇日から 令和〇〇年〇月〇日まで	
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	<input checked="" type="radio"/> 有 <input 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)			

開設者である保険医、保険薬剤師のみが診療や調剤している場合または開設者と同一世帯に属する配偶者、直系血族もしくは兄弟姉妹のみが診療や調剤している場合(いわゆる家族経営の場合)は、「有」になります。