

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

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 ごとに各項目を記載し
て下さい。

氏 名 医療法人社団 〇〇
理事長 〇〇 〇〇

(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指
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 (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)	氏名	医療法人社団 〇〇 理事長 〇〇 〇〇	生年月日	(法人の場合は記載不要)	
	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	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 ・ 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 (重 複の場合のみ記載)				

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打
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 (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)	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	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 ・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です)
は、「有」になります。