

生活保護法指定医療機関 ■ 指定 ・ □ 指定更新

名称	(フリガナ)	医療機関コード																				
所在地	〒 -																					
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・氏名を記入し、「住所(所在地)」欄に主たる事務所の所在地を記入)	氏名(名称等)	(フリガナ) 医療法人社団 ○○会 理事長 ●●●●																				
	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)																				
	住所	〒 -																				
診療科名	内科、小児科																					
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																					

名称・所在地は、医療法による開設許可証のとおり記入

新規の場合は「指定」、更新の場合は「指定更新」を選択

個人の場合は個人名を記入
法人の場合は法人の名称、代表者の役職名、氏名を記入

健康保険法で指定された医療機関コード

開設者が法人の場合は、生年月日の記入は不要

個人の場合は自宅の住所を記入
法人の場合は事務所の所在地を記入

管理者の氏名・住所を記入
開設者と管理者が同一の場合は、「同上」で構いません

健康保険法(または介護保険法)の指定通知書の有効期間を記入(どちらも6年間)

該当する方を選択

裏面「記載要領」の8を確認
以下の(1)または(2)に該当する場合は「有」を選択。開設者が法人の場合は、「無」を選択。
(1) 開設者である医師・歯科医師・薬剤師のみが診療、調剤を行っている
(2) (1)の医師・歯科医師・薬剤師と同一世帯に属する配偶者、直系血族または兄弟姉妹のみが診療、調剤を行う

上記のとおり指定を申請します。

年 月 日
(申請先) 新潟市長 〒 住所
申請者(開設者)

上段の開設者の氏名・住所・電話番号と同じ内容を記入
別紙「誓約書」も同じ内容になります

電話番号 () -

氏名