第１２号様式の２（第５条の２関係）

**記入例**

**指定医療機関指定（更新）申請書**

令和　　年　　月　　日

越谷市長　宛

（法人にあっては、所在地並びに名称及び代表者氏名）

開設者　住　所 　**〒３４３－０８１３**

**越谷市越ヶ谷○－○－○**

氏　名　 　**医療法人越谷会**　**理事長**　**越谷　〇〇〇**

職　名

法人の場合、

生年月日不要。

生年月日　 Ｓ・Ｈ　 年　　月　　日（担当者：**越谷　△△**）

指定医療機関の指定（指定の更新）を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関の名称 | **〇〇クリニック** | | | | | | | | |
| 所在地 | **〒３４３－０８１３**  **越谷市越ヶ谷○－○－○**  　　　　　　　　　 電話番号**（０４８）○○○－××××** | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | **コシガヤ　　〇〇〇** | | | | | | | |
| 氏名 | **越 谷　〇〇〇** | | | | | | | |
| 生年月日 | **昭和４９年６月２０日** | | | | | | | |
| 住所 | **〒３４３－０８０７**  **越谷市赤山町○－○－○** | | | | | | | |
| 健康保険法による指定 | 医療機関コード | | **０** | **１** | **０** | **０** | **０** | **０** | **１** |
| 有　・　申請中 | | 有効期間 | | 令和**３**年**４**月　**１**日から  令和**９**年**３**月**３０**日まで | | | | |
| 診療科目  （業務の種類） | **内科、小児科** | | | | | | | | |
| 指定を希望する日 | 令和　**３**年　**４**月　**１**日 | | | | | | | | |
| 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（指定の更新の場合のみ記載） | | | | | | | | |

記載要領

　１　開設者が法人の場合、「住所」に法人の主たる事務所の所在地を記載し「氏名」に法人の名称及び代表者の氏名・役職名（代表取締役等）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。

２　「医療機関名」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　「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」・「申請中」

　　のいずれかを〇で囲み、「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、「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。

５　「診療科目（業務の種類）」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　「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。