第１２号様式の２（第５条の２関係）

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　〒

氏　名

職　名

生年月日

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 |  | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒  　　　　　　　　　電話番号（　　　）　　　－ | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ |  | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | |
| 健康保険法による指定 | 医療機関コード | |  |  |  |  |  |  |  |
| 有　・　申請中 | | 有効期間 | | 年　　月　　日から  　年　　月　　日まで | | | | |
| 診療科目  （業務の種類） |  | | | | | | | | |
| 指定を希望する日 | 年　　　月　　　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） | | | | | | | | |