

- 生活保護法指定医療機関
- 中国残留邦人等支援法指定医療機関

(廃止
休止) 届書

フリガナ					
名 称					
所 在 地	郵便番号				電話番号
医 療 機 関 コ ー ド	:	:	:	:	:
健康保険法 指定年月日	年	月	日	有 効 期 間 満 了 日	年 月 日
休止・廃止 年 月 日	令和 年 月 日				
休 止 ・ 廃 止 の 理 由					
委 託 者 等 の 措 置 状 況					
再 開 予 定 年 月 日	令和 年 月 日				

令和 年 月 日

札幌市長

届出者 住所
(開設者) 氏名

<連絡先電話番号・担当者

>

<注意事項>

- 1 届書の提出先は、指定を受けている医療機関の所在する区の区役所保健福祉部保護(一)課管理係です。
- 2 医療機関を廃止又は休止したときは10日以内に届け出てください。
- 3 医療機関の廃止又は休止ではなく、生活保護法上の指定のみをやめる場合は、本届書ではなく、辞退届書を提出してください。
- 4 休止の場合には、再開後10日以内に再開届書を提出してください。

<記載要領>

- 1 廃止・休止のうち、不要なものを——で消してください。
- 2 医療法による開設許可証等に記載されている正式名称及び所在地を記載してください。
- 3 医療機関コードを記載してください。
- 4 健康保険法の指定を受けた年月日及び指定の有効期間の満了日を記載してください。
- 5 「委託者等の措置状況」は、既に行った措置及び今後予定している措置を記載してください。
- 6 届出者(開設者)が個人の場合は、氏名及び住所を記載してください。
届出者(開設者)が法人の場合は、法人名とともにその代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。