

記入例

生活保護法指定医療機関 **指定**、指定更新 申請書

保健医療機関番号を記載。申請中の場合は空欄。

次のとおり指定・指定の更新を申請します。

医療法による開設許可証等に記載されている名称を記入。

健康保険法で指定を受けた所在地を記入。

開設者が法人の場合、生年月日は記載不要

健康保険法（又は介護保険法）の有効期間を記載。（更新申請中の場合は、更新後の予定期間を記載。）

標ぼうする診療科名を記載。主たる診療科を最初に記載。

医療機関	フリガナ	シマネイイン		
	名称	しまね医院	医療機関コード 01-2345-6	
	所在地	〒690-8501 島根県松江市殿町111番地 TEL (0852-22-6525)		
開設者	フリガナ	シマネ ハナコ		
	氏名(名称等)	島根 花子		
	生年月日	昭和 43 年 2 月 1 日		
	住所(所在地)	〒690-8501 島根県松江市殿町111番地		
管理者	フリガナ	シマネ ハナコ	生年月日	昭和43年 2月 1日
	氏名	島根 花子		
	住所	〒690-8501 島根県松江市殿町1番地		
診療科名	内科、小児科			
健康保険法による指定	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 指定申請中		有効期間	令和4年2月1日から 令和10年1月31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	<input checked="" type="radio"/> 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）			

①該当「有」となる場合・・・
 ・開設者が個人であり、開設者のみが診療、調剤を行っている場合。
 ・開設者が個人であり、開設者以外に同一世帯の親族のみが診療、調剤を行っている場合。
 ②該当「無」となる場合・・・
 ・開設者が法人である場合。
 ・開設者が個人であり、開設者以外に親族ではない医師等が定期的に診療・調剤を行っている場合。
 ・開設者が個人であり、同一世帯でない親族が診療、調剤を行っている場合。

令和 ×× 年 ○ 月 △ 日

島根県知事 様

〒690-8501

住所 島根県松江市殿町1番地

申請者(開設者)

氏名 しまね医院 島根 花子

【注意事項】

- 1 この書類は、都道府県知事に直接に、又は所在地を管轄する福祉事務所を経由して提出してください。
- 2 貴機関が新たに指定された場合には、告示するほか、指定通知書により通知します。
- 3 更新申請の場合、指定の有効期間の満了日までに、申請に対する通知がなされないときは、従前の指定は、指定の有効期間の満了後もその通知がされるまでの間は、なおその効力を有します。

【記載要領】

- 1 標題の「指定・指定更新」の部分は、指定、指定更新のいずれかを○で囲んでください。
- 2 「名称」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 開設者が法人の場合、「氏名(名称等)」に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」に法人の主たる事務所の所在地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。
- 5 「診療科名」は、標ぼう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 「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」・「指定申請中」のいずれかを○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「指定申請中」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。
※訪問看護ステーションのうち、介護保険法の指定を受けることにより、健康保険法の指定を受けたとみなされるものについては、「健康保険法による指定」の「有効期間」には、介護保険法の指定の有効期間を記載してください。
- 7 「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。
- 8 「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」とは、以下のいずれかに該当するものです。
 - ①医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師若しくは薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
 - ②医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師若しくは薬剤師及びその者と同一の世帯に属する配偶者、直系血族若しくは兄弟姉妹である医師、歯科医師若しくは薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
- 9 申請者(開設者)の署名は、法人の場合は、名称、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。