

		—				
--	--	---	--	--	--	--

生活保護法指定医療機関 指定・指定更新 申請書

この欄は空欄のまま  
にしてください。

平成 年 月 日

(あて先)

埼玉県知事 上田 清司

法人の場合、押  
印は必須です。

申請者（開設者の住所、氏名、生年月日、役職名等  
(法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称、代表者の氏名・職名)

住所 〒360-0037

熊谷市筑波〇-〇-〇

氏名 医療法人埼玉会 理事長 埼玉 太郎 印

役職名

(署名又は記名押印)

法人の場合、生年月  
日は不要です。

生年月日 S・H 年 月 日 (担当者: 埼玉 次郎)

生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律に規定される指定医療機関の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

医療機関名	埼玉クリニック							
所在地	〒360-0037 熊谷市筑波 〇-〇-〇 電話番号 (048) 〇〇〇-XXXX							
管理者氏名及び生年月日	埼玉 次郎	生年月日	S・H 48年5月7日					
管理者住所	〒〒367-0041 熊谷市宮町〇-〇-〇							
健康保険法による指定	医療機関コード	0	1	0	0	0	1	0
	指定の有無	有・申請中		有効期間	24年10月1日から 30年9月30日まで			
診療科目(業務の種類)	内科、小児科							
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 法人の場合は「無」になります。詳しくは裏面をご覧ください。	有・無	左欄の「有」に該当する場合で、開設者以外に診療若しくは調剤に従事している医師、歯科医師若しくは薬剤師の氏名を記載してください。	氏名					
指定を希望する日	平成26年 9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	平成 年 月 日 (更新の場合のみ記載)							

福祉事務所記入欄

福祉事務所 (担当: )

- 申請書の各項目について、すべて記入されている。  
 指定を希望する日は、健康保険法による指定年月日以降の日となっている。

福祉事務所  
収受印

注意事項

- 1 この書類は、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 貴機関が指定された場合には、〇〇告示により公示するほか、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 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。

- 3 「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。
- 4 「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。
- 5 「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○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。

- 6 「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。

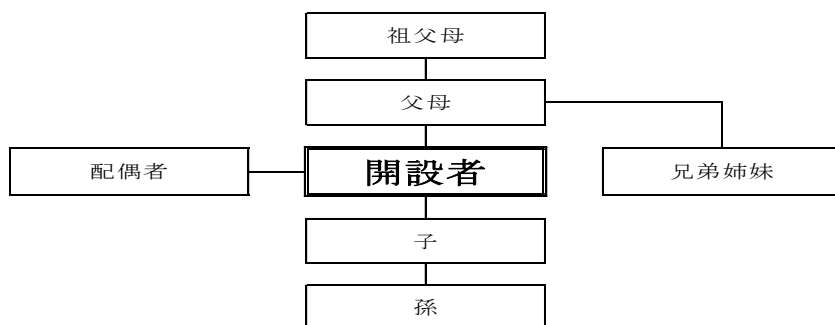
- 7 「生活保護法第49条の3第4項において規定する診療所又は薬局」とは、以下のいずれかに該当するものであり、②に該当する場合には、診療若しくは調剤に従事している医師、歯科医師若しくは薬剤師の氏名を記載してください。但し、**開設者が法人の場合（勤務医若しくは勤務薬剤師が1名の場合も含む）は該当しませんのでご注意ください。**

- 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。

※個人で開業し、開設者以外に勤務している医師、歯科医師若しくは薬剤師がない場合に該当します。

- 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。詳しくは下記の図をご覧ください。

#### 【親族の範囲（同一の世帯に属していることが条件です）】



- 8 「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。