

指定自立支援医療機関（精神通院医療）の変更届に係る書類一覧

受付番号

(届出の際には、この書類も添付してください。)

届 出 者 連 絡 先

提出した届出書類に記載された内容等について、問い合わせをする際の連絡先を記入してください。

法人等の名称			担当者名	
連絡先	(電 話)		(ファックス)	
	(Eメール)			
保険医療機関 の名称				

番号	申 請 書 及 び 添 付 書 類	届出者 確認欄	行政庁 確認欄	様式名
届 出 書	指定自立支援医療機関変更届（精神通院医療用）			第七号様式
2-1	主として担当する医師又は薬剤師が変更になる場合 →経歴書			別紙
2-2	主として担当する医師又は薬剤師の免許証（写し）			
3	その他、新たに地方厚生局から保険医療機関等指定通知が行われる変更事由がある場合（指定の更新の場合を除く） →変更後の名称や住所（所在地）が明記されている保険医療機関等指定通知書（写し）			

[注意事項]

- 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 担当者個人のアドレスではなく、医療機関等の代表アドレスを記入してください。（今後、県からの連絡は可能な限り電子メールにて行います。）
- 「申請者確認欄」の該当欄に「○」印を付し、添付書類等に漏れないように確認してください。
- 事業譲渡により指定自立支援医療機関の開設者が変わる場合、①旧開設者は「辞退届」、②新開設者は「指定申請書」を事前に提出してください。（「変更届」では手続きできません。）
- 移転により指定自立支援医療機関の所在地が変わる場合、開設者は①旧所在地について「辞退届」、②新所在地について「指定申請書」を事前に提出してください。（「変更届」では手続きできません。）
- 保険医療機関等指定通知書は、地方厚生局から通知される医療機関コード（7桁）が記載されているものです。
- 「写し」については、原本証明をしてください。

(記載例) 本書は原本と相違ないことを証明します。

平成〇〇年〇月〇日
 〇〇市〇〇町〇-〇
 〇〇〇〇 株式会社
 代表取締役 〇〇 〇〇 印