

指定医療機関辞退申出書

記入例

令和〇年〇月〇日

(宛先)

埼玉県知事

医療機関の開設者が

・法人の場合

登記されている「医療機関の開設者」又は「事業者の代表者」の住所（所在地）、氏名又は名称を記入してください。

・個人の場合

代表者の個人の住所及び氏名を記入してください。

開設者・事業者の代表者

住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇県〇〇市△△町□□丁目□□-□□

氏名又は名称 〇〇法人 〇〇会
理事長 埼玉 太郎

難病の患者に対する医療等に関する法律第20条の規定により、指定を辞退したいので申し出ます。

区分 (該当するものに○)	1 病院	2 診療所	3 保険薬局
	4 指定訪問看護事業者等 (右の該当するものに○)	指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者 指定介護予防サービス事業者	
コード	1	1	医療機関コードは右寄せで記入してください。
管理番号	管理番号は、指定書右上、または県HPで確認可能です。		※指定書右上に記載されている7桁の番号
指定医療機関の名称	医療法人 〇〇会 〇〇〇病院		
所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市△△町□□丁目□□-□□ TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
辞退年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日		
辞退の理由	廃業のため 連絡先：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 担当： 埼玉 こば子		

辞退後、廃業等により医療機関に連絡が取れなくなる場合には、連絡先を記載願います。

注1 「開設者・事業者の代表者」について、指定訪問看護事業者等にあつては、主たる事務所の所在地及び名称並びに当該事業者等の代表者の住所及び氏名を記入すること。

注2 「コード」欄について、病院又は診療所の場合は医療機関コード、保険薬局の場合は薬局コード、指定訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載すること。