

まず、健康保険法の指定通知書をご用意いただき、その登録内容に基づき、記入してください

別添1様式（申請書）

記入例

生活保護法指定医療機関 指定・指定更新 申請書

生活保護法第49条の規定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第14条第4項の規定に基づき、次のとおり申請します。

名称	(フリガナ) トトリクリニック 鳥取クリニック	医療機関コード								健康保険法で指定された7桁のコードを記載してください。
所在地	〒 - 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号	TEL()								健康保険法で指定された住所を記載してください。
開設者の氏名、生年月日、住所 (法人の場合は、「氏名(名称)」欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」欄に主たる事務所の所在地を記載)	氏名(名称等) (フリガナ) イリョウホウジン〇〇 リジチョウ 〇〇 医療法人 〇〇 理事長 〇〇	生年月日	年	月	日					法人の場合は、法人の名称及び代表者の役職・氏名を記載してください。
	住所(所在地)	〒 - 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号								法人の場合は、記入不要。
	住所(所在地)	〒 - 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号								法人の場合は主たる事務所の所在地を記入してください。
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名 (フリガナ) トトリ タロウ 鳥取 太郎	生年月日	昭和〇〇年	〇月	〇日					管理者が開設者と同様の場合、同上として構いません。
	住所	〒 - 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号								
診療科名										健康保険法(又は介護保険法)の指定通知書の有効期間を記載してください。(更新申請中の場合は、更新後の予定期間をご記入ください。)
健康保険法による指定	有・指定申請中・指定更新申請中	有効期間	令和〇〇年	〇月	〇日	から	令和〇〇年	〇月	〇日	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	有・無									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。
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)									

上記のとおり指定を申請します。

令和 年 月

申請年月日

(申請先)
鳥取県知事

〒 -
住所 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号

申請者(開設者)

TEL() -

氏名

医療法人 〇〇
理事長 〇〇

担当者名

〇〇 〇〇

・申請者=開設者。
上記、開設者の氏名、住所、電話番号と相違ないように記載してください。
・申請者が法人の場合は、法人名、所在地及び代表者役職・氏名を記載してください。
・申請者が個人の場合は、住所・氏名を記入してください。

☆ なお、別紙「誓約書」の住所、氏名については、本申請書の申請者（開設者）と同じ住所氏名をご記入ください。

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經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、県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 「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。
- 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。