

生活保護法指定医療機関（病院・診療所・歯科・薬局）
指定 ・ 指定更新 申請書

名 称	(フリガナ)	医療機関コード								
所在地	〒 - TEL () -									
開設者の氏名 ※法人の場合は法人の名称及び代表者の職氏名を記載してください。	(フリガナ)									
管理者の氏名 ※管理者とは、院長・管理薬剤師のことです。	(フリガナ)									
診療科名 (病院・診療所のみ記載)										
健康保険法による指定 ※九州厚生局が指定する保険医療機関の指定	有 ・ 指定申請中		有効期間	年 月 日から 年 月 日まで						
	※健康保険法による指定の有効期間は、九州厚生局から各医療機関宛に発出の指定通知書に記載されています。通知が手元にない場合は、九州厚生局のホームページでご確認ください。									
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 ※開設者が法人の場合は、「無」に○を付けてください。	有 ・ 無									
	※開設者が個人の場合、診療・調剤に従事する医師・歯科医師・薬剤師が、 ・開設者のみの場合→「有」に○ ・開設者とその家族のみの場合→「有」に○ ・開設者以外に常態として外部からの勤務医（勤務薬剤師）がいる場合→「無」に○									

※この書類は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律等による中国残留邦人等に対する支援給付の指定申請も兼ねる。

上記のとおり指定を申請します。

年 月 日

福岡市長 殿

〒 -
住所

TEL () -

申請者(開設者)

氏名(法人の場合は、名称、代表者の職氏名)

注意事項

- 1 この書類は、市長(福祉局保護課)に直接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 病院、診療所が申請する場合には、免許証の写しを添付してください。
- 3 貴機関が指定された場合には、指定通知書により通知するほか、福岡市ホームページにより告示します。
- 4 更新申請があった場合、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。
- 5 この書類は、九州厚生局に対して保険医療機関等と生活保護の指定医療機関の指定及び指定更新の申請を所定の様式にて同時に提出する場合は、本市への提出を省略することができます。

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」に法人の名称及び代表者の職氏名を記載してください。
- 5 「診療科名」は、病院又は診療所に限り、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。
- 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。
- 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
- 8 申請者(開設者)の記名は、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。