

# 記入例

## 個人、家族経営の場合

第34号の2様式（第16条の2関係）

※  
生活保護法指定 医療機関  
助産機関  
施術機関 指定（更新）申請書

生活保護法（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第14条第4項の規定においてその例によるものとされる場合を含む。以下「法」という。）第49条の2第4項において準用する同条第1項（法第55条第2項において読み替えて準用する場合を含む。）の規定により、次のとおり指定（更新）を申請します。

(ふりがな) 名称	おおがきまるまるびょういん 大垣〇〇病院		
所在地又は主たる事務所の所在地	(〒503—0838) 大垣市江崎町422-3		
連絡先	電話番号 (058) 272 — 1111		
申請(開設)者の氏名、生年月日及び住所 <small>(法人の場合は、「氏名」欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所」欄に主たる事務所の所在地を記載)</small>	氏名	(ふりがな) やぶた さんかくお 藪田 △△夫	
	生年月日	1950年 5月 30日	
	住所	〒503 — 0838 大垣市江崎町400-5	
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名	(ふりがな) やぶた さんかくお 藪田 △△夫	生年月日 1950年5月30日
	住所	〒503 — 0838 大垣市江崎町400-5	
医療機関コード	12, 3456, 7		
診療科目(業務の種類)	内科、小児科、皮膚科		
従事する医師、歯科医師又は薬剤師等	担当科名等	氏名	医籍登録番号等
	小児科	藪田 □□介	第 12345 号
※ 該当する番号を○で囲んでください。(医療機関のみ記入)	1 開設者又はその家族のみ 2 家族以外も含む ※ 「家族」とは、開設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をいいます。		
健康保険法による指定期間	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	年 月 日から 年 月 日まで	
介護保険法による指定(訪問看護又は介護予防訪問看護)	年 月 日指定		
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)		

同一人物

現在有効な指定期間です。詳しくは、東海北陸厚生局へご確認ください。

申請(開設)者 住所 大垣市江崎町400-5  
氏名 藪田 △△夫

#### 注意事項

- 1 この書類は、岐阜県知事宛てに直接提出するか、又は所在地若しくは住所地を管轄する県事務所等の長若しくは市長を経由して提出してください。
- 2 助産師又は施術者がこの書類を提出する場合には、助産師又は施術者の免許証の写しを添付してください。
- 3 貴機関等が指定された場合には、岐阜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。

#### 記載要領

- 1 病院、診療所又は薬局が申請する場合には、その病院等について記載してください。指定訪問看護事業者等が申請する場合には、その開設する訪問看護ステーション等ごとに記載してください。助産師又は施術者が申請する場合には、その従事する助産所又は施術所について記載してください。
- 2 ※印のところは、不要のものを一で消してください。
- 3 「名称」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可若しくは指定を受け、又は届け出た正式な名称を用い、病院であるか診療所であるか判然としない名称である場合には、名称の次に「(診療所)」のように記載してください。
- 4 「管理者の氏名、生年月日及び住所」は、医療法等により届出等を行った管理者の氏名等を記載してください。助産師又は施術者が申請する場合には、記載は不要です。
- 5 「医療機関等コード」は、医療機関コード、訪問看護ステーション等コード又は薬局コードを記載してください。申請中の場合は、右枠外に「申請中」と記載してください。助産師又は施術者が申請する場合には、記載は不要です。
- 6 「診療科名」は、医療法第70条第1項に掲げられたものとし、複数ある場合は、同項の記載の順序に従ってください。また、「業務の種類」は、「指定訪問看護」、「指定居宅サービス(訪問看護)」、「薬局」、「あん摩」等と記載してください。
- 7 従事する医師等の記載は、法第49条の3第4項において読み替えて準用する健康保険法第68条第2項の法第50条第1項に規定する指定医療機関(保険医である医師若しくは歯科医師の開設する診療所である保健医療機関又は保険薬剤師である薬剤師の開設する保険薬局であつて、当該指定医療機関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保険医若しくは保険薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの又はその配偶者等である保険医若しくは保険薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの)のうち、開設者以外に診療又は調剤に従事している者がいる場合に記載してください。
- 8 「医籍登録番号等」は、医師にあつては医籍登録番号、歯科医師にあつては歯科医籍登録番号、薬剤師にあつては薬剤師名簿登録番号、助産師にあつては助産師名簿登録番号、あん摩マッサージ指圧師にあつてはあん摩マッサージ指圧師名簿登録番号、柔道整復師にあつては柔道整復師名簿登録番号、はり・きゆう師にあつてははり・きゆう師登録番号を記載してください。
- 9 「健康保険法による指定期間」は、有無いずれかを○で囲み、指定期間を記載してください。
- 10 申請(開設)者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。

#### その他

法第49条の3第4項において読み替えて準用する健康保険法第68条第2項の法第50条第1項に規定する指定医療機関については、その指定の効力を失う日前6月から同日前3月までの間に別段の申出がないときは、更新の申請があつたものとみなされます。