

# 記入例

この欄は記入しないでください。

## 指定医療機関 **指定**・指定更新 申請書

令和3年 4月 1日

埼玉県知事 宛

申請者（開設者）

（法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人名称、代表者の職名及び氏名）

住所 〒360-0037

熊谷市筑波0-0-0

氏名 医療法人埼玉会 理事長 埼玉太郎

電話 048-000-0000

（担当者 浦和 花子 電話 048-000-0000）

以下のとおり指定を申請します。

|                                     |  |  |  |  |                               |    |    |
|-------------------------------------|--|--|--|--|-------------------------------|----|----|
| 医療機関名                               | 埼玉クリニック                                    |  |  | 開設許可証等に記載されている名称を記入してください。   |                               |    |    |
| 所在地                                 | 〒360-0041<br>熊谷市宮町0-0-0<br>電話 048-000-0000 |  |  | 法人の場合は記入不要です。  |                               |    |    |
| 開設者氏名及び生年月日<br>※法人の場合、法人名称のみ        | 医療法人埼玉会                                    |  |  | 生年月日   | 年                             | 月  | 日  |
| 開設者住所<br>※法人の場合は主たる事務所の所在地          | 〒360-0037<br>熊谷市筑波0-0-0                    |  |  |  |                               |    |    |
| 管理者氏名及び生年月日                         | 埼玉 太郎                                      |  |  | 生年月日   | 平成元年                          | 2月 | 3日 |
| 管理者住所                               | 〒360-0037<br>熊谷市筑波0-0-0                    |  |  |  |                               |    |    |
| 健康保険法による指定                          | 0 1 0 0 0 1 0                              |  |  | 有効期間   | 令和3年 4月 1日から<br>令和9年 3月 30日まで |    |    |
| 診療科目（業務の種類）                         | 内科、小児科                                     |  |  | 法人の場合は「無」に○をつけてください。   |                               |    |    |
| 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 | 有 ・ 無                                      |  |  | ※該当「有」の場合（健康保険法第68条第2項に該当していること）<br>①開設者のみが診療や調剤をしている。<br>②開設者と同一世帯に属する配偶者、直系血族又は兄弟姉妹のみが診療や調剤をしている。<br>※開設者が法人の場合該当「無」 |                               |    |    |
| 指定を希望する日                            | 令和3年 4月 1日                                 |  |  | 健康保険法による指定の有効期間内   |                               |    |    |
| 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）                           |  |  |  |                               |    |    |

※ 記載にあたっては、裏面の注意事項及び記載要領をよくお読みください。

## 注意事項

- 1 この書類は、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。  
※指定更新の場合は、県に直接提出してください。
- 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、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 開設者が法人の場合、「住所」に法人の主たる事務所の所在地を記載し、「氏名」に法人の名称、代表者の職名（代表取締役等）及び氏名を記載してください。
- 3 「医療機関名」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。
- 4 「開設者氏名及び生年月日」は開設者が法人の場合は、法人名称のみを記載してください（生年月日の記載は不要です）
- 5 「開設者住所」は開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地を記載してください。
- 6 「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。
- 7 「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」に○をした場合は、健康保険法による指定の有効期間を記載してください。  
※健康保険法の指定を受けていない場合、生活保護法の指定を行うことができません。  
※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訪問看護ステーションは、「有効期間」に介護保険法の指定の有効期間を記載してください。
- 8 「診療科目（業務の種類）」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。
- 9 「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①・②のいずれかに該当するものです。但し、開設者が法人の場合（勤務医若しくは勤務薬剤師が 1 名の場合も含む）は該当しませんのでご注意ください。
  - 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。  
※個人で開業し、開設者以外に勤務している医師、歯科医師若しくは薬剤師がいない場合に該当します。
  - 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。  
※これらについては、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し出のないときは、更新の申請があったものとみなします。（更新申請は必要ありません）
- 10 「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。