

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

による 指定医療機関 指定 ・ 指定更新 申請書

健康保険法の指定を受けている名称、所在地等の情報と合わせてください。

健康保険法上の医療機関番号を記入してください。
例 医療機関番号「11-11111」は、「1111111」と記入してください。「-」は記入不要です。

名 称	(ふりがな) はにたんやつきよく はにたん薬局	医療機関コード	7	6	5	4	3	2	1
所 在 地	〒 569 - 8501 高槻市桃園町2番1号								
法人の場合の記入例 株式会社 ○○○薬局 代表取締役 大阪 太郎	TEL (072) 674			0000					
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)	名称等) 生年月日 昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	高槻 太郎			「高槻市○○町2-○○-○○」 上記のような省略した住所で記入しないで、○丁目○番○号と記入してください。 申請者の居住地を記入してください。				
法人の場合は、記入不要です。	住所(所在地) 〒 569 - ○○○○	○○○市○△□町二丁目10番1号							
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名 (ふりがな) たかつき たろう 高槻 太郎	生年月日 昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	○○○市○△□町二丁目10番1号						
薬局の場合、「診療科名」は記入不要です。	〒 569 - ○○○○	○○○市○△□町二丁目10番1号							
診療科名	健康保険法による指定を受けているが、医療機関番号や有効期間がわからない場合は、空欄のまま提出してください。高槻市で調べて記入します。ただし、高槻市で調べても不明の場合は、連絡いたします。 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入してください。								
健康保険法による指定	<input checked="" type="radio"/> 有	指定申請中	有効期間	令和 元 年 5 月 1 日から 令和 7 年 4 月 30 日まで					
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)								
指定希望年月日	令和 元 年 5 月 1 日 (新規の場合のみ記載)								

上記のとおり指定(指定更新)を申請します。

令和 元 年 5 月 7 日

(宛先)

高槻市長

〒 569 - ○○○○

住所

申請書を作成し、提出する日を記入してください。

申請者(開設者)

○○○市○△□町二丁目10番1号

TEL (072) 674 - 0000

氏名

高槻 太郎

申請者(開設者)が法人の場合は、住所欄には、法人の主たる事務所の所在地を、氏名欄には、法人名及び代表者の職、氏名を記入してください。