

## 記入例

保険医療機関  
保険薬局  
生活保護法指定医療機関

届出事項変更(異動)届

登録省令第8条関係

医療機関(薬局)コード		0   1   2   3   4   5   6					
保険医療機関 又は 保険薬局の 名 称	変更前	(フリガナ)			変更(異動)年月日等  令和 年 月 日		
	変更後	(フリガナ)					
開設者名 又は 代表者名  (法人の場合は 法人名、代表者の 職氏名)	変更前	(法人名) (氏 名)			令和 年 月 日  (注)「保険医又は保険薬剤師の登 録の記号及び番号」及び「医籍等登 録番号」欄は、開設者又は代表者が、 当該項目に該当する場合に記載し てください。		
	変更後	(フリガナ) (法人名) (フリガナ) (氏 名)					
		保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号	( ) 医・歯・薬				
		医籍等登録番号	第 号				
		変更前	(氏 名)			令和 年 月 日	
		管 理 者 又は 管理薬剤師	(フリガナ) (氏 名)				
			保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号	( ) 医・歯・薬			
医籍等登録番号	第 号						
保 险 医 又 は 保 险 薬 剤 師  *複数名の場合 は、別紙にご記入 ください。	勤務者 ・ 勤務形 態変更	(フリガナ) (氏 名) 登録の記号及び番号 ( ) 医・歯・薬 医籍等登録番号 第 号 勤務形態 常勤・非常勤 担当診療科			(勤務日・勤務形態変更日) *いずれかに○を付けてください。 令和 年 月 日 (*登録票の写しを添付)		
		(フリガナ) (氏 名)					
		登録の記号及び番号	( ) 医・歯・薬				
		退職者	( ) 医・歯・薬			(退職日・異動日) *いずれかに○を付けてください。 令和 年 月 日	
		登録の記号及び番号	( ) 医・歯・薬				
	その他の変更 区画変更・診療 科目・診療(開局) 時間・病床数(減 少の場合)・法人 所在地 等	変更前	<b>歯科 小児歯科 矯正歯科 歯科口腔外科</b>			令和 6 年 9 月 20 日	
		変更後	<b>歯科 小児歯科 歯科口腔外科</b>				
生活保護法の 指定医療機関の 届出関係(※)		生活保護法の指定 医療機関の変更の 届出を併せて行う	<input type="checkbox"/>	生活保護法第49条の2第2項第 2号から第9号まで(指定欠格事 由)に該当しない旨の誓約	<input type="checkbox"/>	国の開設した医療 機関	<input type="checkbox"/>

(※)は、該当する場合、右隣の□にチェックを入れること。

令和 6 年 9 月 20 日

医療機関(薬局)名称

〇〇歯科クリニック

開設者の氏名及び住所(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)

関東信越厚生局長 殿

新潟市中央区堀之内東1-2-3

国保 太郎