

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

指定医療機関 指定

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「11-1111
1」は、「1111111」と記入してく
ださい。「-」は記入不要です。

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。
所在地は「〇丁目〇番〇号」と記入してください。

促進並びに永住帰国した中国残留邦人
等、次のとおり指定(指定更新)を申請します。

名 称	(フリガナ) イョウホウジン ネヤガワカイ ネヤカワビョウイン 医療法人 ねやがわ会 寝屋川病院	医療機関コード	7	6	5	4	3	2	1		
所 在 地	〒 540 - 8570 寝屋川市本町〇丁目〇〇番〇〇号	TEL (072) 000 - 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」欄に法人の住所を記入してください。)	医療法人 ねやがわ会 理事長 寝屋川 太郎	生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日								
申請者の居住地(法人の場合は、主たる事務所の所在地)を記入してください。	〇〇〇市〇△□町二丁目10番1号										
管理者の氏名、生年月日及び住所	(フリガナ) オオサカ タロウ 大阪 太郎	生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日								
診療科名が複数ある場合には、主たる診療科を最初に記入してください。	〒 540 - 1234 〇〇〇市〇△□町二丁目10番1号										
診療科名	内科、呼吸器科										
健康保険法による指定	<input checked="" type="radio"/> 有	指定申請中	有効期間	〇〇	年	月	日から	〇〇	年	月	日まで
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										
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	記入不要です。 - 年 - 月 - 日 (更新の場合のみ記載)										

令和 元 年 5 月 1 日

寝屋川市

〒
住 所

申請書を提出する日を記入してください。

申請者(開設者)

〇〇〇市〇△□町二丁目10番1号

TEL () -

氏 名

医療法人 ねやがわ会 理事長 寝屋川 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、代表者印を押印してください。