



- ・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

- 病 院
 - 歯 科
 - 診 療 所
 - 薬 局
 - そ の 他
 - ()
- 指定医療機関指定申請書

名 称	法人名称												
	医療機関名称	(フリガナ)											
所 在 地	住 所	〒		-									
	ビル・マンション名等	大阪市		区		電話番号		-		-			
						FAX番号		-		-			
開 設 者	氏 名	(代表者の職)											
	法人の場合は代表者の職・氏名	(氏名)											
管 理 者	氏 名	(フリガナ)											
健康保険法による指定		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 更新申請中 (令和 年 月 日申請)											
健康保険法による指定	医療機関・薬局					現に受けている健康保険法による指定期間							
						平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで							
診療科名	<input type="checkbox"/> 内 科 <input type="checkbox"/> 精 神 科 <input type="checkbox"/> 神 経 科 <input type="checkbox"/> 呼 吸 器 科 <input type="checkbox"/> 消 化 器 科 <input type="checkbox"/> 循 環 器 科 <input type="checkbox"/> 小 児 科 <input type="checkbox"/> 外 科 <input type="checkbox"/> 整 形 外 科 <input type="checkbox"/> 形 成 外 科 <input type="checkbox"/> 脳 神 経 外 科 <input type="checkbox"/> 泌 尿 器 科 <input type="checkbox"/> 肛 門 科 <input type="checkbox"/> 産 科 <input type="checkbox"/> 婦 人 科 <input type="checkbox"/> 眼 科 <input type="checkbox"/> 耳 鼻 咽 喉 科 <input type="checkbox"/> ア レ ル ギ ー 科 <input type="checkbox"/> 皮 膚 科 <input type="checkbox"/> リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 科 <input type="checkbox"/> 放 射 線 科 <input type="checkbox"/> 麻 酔 科 <input type="checkbox"/> 歯 科 <input type="checkbox"/> そ の 他 ()												
生活保護法第49条の3第4項該当の有無	<input type="checkbox"/> (チェック欄)		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、または開設者である保険医若しくは保険薬剤師及びその者と同一の世帯に属する配偶者、直系親族若しくは兄弟姉妹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場合は左のチェック欄にチェックしてください。(法人の場合は、実質的におひとりで運営されておられても該当しません。)										
※該当しない場合にチェックを付けてください。		<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事項 *必ず、指定欠格事由を確認してからチェックを入れてください									

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〈申請者(開設者)の氏名及び住所〉

〒 -

大阪市長 様

住所 _____

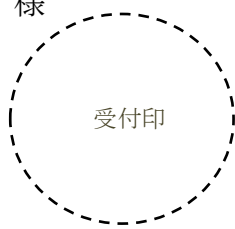
*法人の場合は主たる事務所の所在地

氏名 _____

*法人の場合は法人名称、代表者の職、氏名

担当者連絡先TEL _____ - _____

担当者氏名 _____



注意事項

- 1 この申請書は、大阪市長あてに提出してください。ただし、健康保険法第65条の2と同一契機に保険指定医療機関の届出を行う場合は、近畿厚生局の所定の様式で届出することもできます。
- 2 生活保護法の指定を受けるには、すでに健康保険法の指定を受けている必要があります。
- 3 申請する際には、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事項を確認の上該当しない場合は☑を入れてください。
- 4 貴機関が指定された場合は、指定通知書により通知します。

記載要領

- 1 標題の「申請区分」の部分は、該当する□にチェックしてください。
- 2 「医療機関名称」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、また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。
- 3 医療機関等の「所在地」欄は、ビル・マンション名まで記載してください。
- 4 開設者が法人の場合は、「氏名」に代表者の職・氏名を記載してください。開設者が個人の場合は、開設者本人の「氏名」のみを記載してください。
- 5 「管理者」欄には、医科、歯科においては医療法等により届け出た管理者について、薬局においては管理薬剤師について、その氏名を記載してください。
- 6 「健康保険法による指定」チェック欄には、該当する方にチェックし、更新申請中である場合には、申請日を記入してください。
- 7 「健康保険法による指定」欄については、近畿厚生局が発行する直近の健康保険法の指定通知書に記載されている医療機関・薬局コード及び指定期間を記載してください。
- 8 「診療科名」は、標榜する診療科名の該当欄にチェックをしてください。その他には、診療科目名を記入してください。
- 9 生活保護法第49条の3第4項に該当する医療機関は6年毎の指定更新の手続が免除されます。
- 10 「申請者（開設者）」は、法人の場合は「氏名」欄に法人名称及び代表者の職・氏名を記載し、法人の主たる事務所の所在地を記載してください。申請者（開設者）が個人の場合は、開設者本人の「氏名」・「住所」を記載してください。「担当者連絡先」、「担当者名」欄については、この申請書の記入事項にかかる本市からの照会に対応する担当者の連絡先を記入してください。