



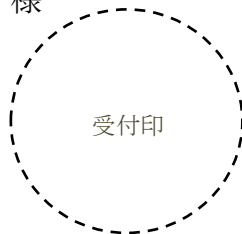
- 生活保護法  
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進  
並びに永住帰国した中国残留邦人等  
及び特定配偶者の自立の支援に  
関する法律による
- 病院  歯科  
 診療所  薬局  
 その他 ( )
- 指定医療機関指定申請書

名	法人名称	医療法人中之島会													
称	医療機関名称	(フリガナ) ナカノシマビョウイン 中之島病院													
所	住所	〒530-0005 大阪市 北 区 中之島1-3-20													
地	ビル・マンション名等					電話番号	06 - 6208 - XXXX				FAX番号		06 - 6208 - XXXX		
開	設	(代表者の職) 理事長													
者	氏名 <small>法人の場合は 代表者の職・氏名</small>	(氏名) 中之島 一郎													
管	理	(フリガナ) ヨドヤ ジロウ													
者	氏名	淀屋 次郎													
指定希望 年月日		(*指定希望日は、裏面6(1)~(3)に該当する場合のみ記入してください。)								令和 年 月 日					
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							
	1 1 1 1 1 1 1							平成 (令和) 5 年 7 月 1 日から 平成 (令和) 11 年 6 月 30 日まで							
診療科名	<input checked="" 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	〈チェック欄〉 <input type="checkbox"/>		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 checked="" 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 5 年 7 月 3 日

大阪市長 様



(申請者(開設者)の氏名及び住所)

〒530-0005

住所 大阪市北区中之島1-3-20

\*法人の場合は主たる事務所の所在地

氏名 医療法人中之島会  
理事長 中之島 一郎

\*法人の場合は法人名称、代表者の職、氏名

担当者連絡先TEL 090-6208-XXXX

担当者氏名 中之島 三郎

**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。
- 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。指定通知に記載された機関コードと指定期間を必ず記入してください。
- 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際は、大阪市公報により公示するほか、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 指定年月日について

指定年月日は、市長が決定した日となりますが、次の各号に該当し、かつ第三者の権利関係に全く不利益を与える恐れがない場合、意志表示の行われた日までそ及するものとします。

- (1) 指定医療機関の開設者のみが変わった場合で、前開設者の変更と同時に引き続いて同一医療機関名称で開設され、患者が引き続き診療を受けている場合。
- (2) 指定医療機関が付近に移転し同日付けで新旧医療機関を開設、廃止して患者が引き続き診療を受ける場合。
- (3) 指定医療機関の開設者が組織変更したとき、例えば個人から法人組織に、または法人組織から個人に開設者が変更した場合で、患者が引き続き診療を受ける場合。

上記に該当していない場合、健康保険法による指定状況等を本市が確認できた後、速やかに指定します。

- 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。