

**法人開設者用**

指定医療機関 指定 申請書

年 月 日

那覇市長 宛

〒 111-1111

法人の名称、法人代表者の役職  
及び氏名、法人の主たる事務所  
の所在地を記載する

住所 那覇市泉崎1丁目1番1号

② 氏名 医療法人 ●●会  
代表取締役 那覇 太郎

生活保護法及び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規定される指定医療機関の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

医療機関名 ③	(フリガナ) イリョウホウジン〇〇カイ □□ビョウイン 医療法人●●会 ■■病院		保険医療機関指定通知書のとおり に名称・所在地・電話番号を 記載する
所在地 ④	〒 222-2222 那覇市泉崎1丁目1番2号 ▲▲ビル2階		
TEL 098-861-5193 FAX 098-862-4267			
開設者の氏名、生年月日、住所	氏名 (フリガナ) イリョウホウジン〇〇カイ 医療法人●●会	職名・氏名 代表取締役 那覇 太郎	
※法人の場合は、「氏名(名称)」の名称を、代表者の氏名は「職名・氏名」欄に記載して下さい。に主たる事務所の所在地(法人登記上の住所)を記載してください。	住所 〒 111-1111 那覇市泉崎1丁目1番1号		
管理者の氏名、生年月日、住所	氏名 (フリガナ) ナハ ジロウ 那覇 次郎	生 4 月 5 日	管理者の氏名・生年月日・住所を記載する
	住所 〒 333-3333 浦添市〇〇2丁目〇番〇号		
診療科目 ⑦	内科、整形外科、心療内科、リハビリテ		標榜する診療科名を記載する。 複数ある場合は主たる診療科を 最初に記載する。
健康保険法による指定 ⑧	医療機関コード	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
介護保険法による指定(訪問看護事業所) ⑨	介護保険 有効期間	保険医療機関指定通知書のとおり、医療機関コードと指定の期間を記載する。訪問看護事業所は有効期間開始日のみ記載する。 年 月 日	
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 ⑩	有 無	左欄の「有」に該当する場合で、開設者以外に診療若しくは調剤に従事している医師、歯科医師、薬剤師の氏名を記載してください。	開設者が法人の場合は「無」、氏名欄は空欄
遡及希望日 ⑪	年 月 日	指定の遡及が必要な理由	