

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・指定更新 申請書

健康保険法上の医療機関番号
を記入してください。
記入の際は、-（ハイフン）は省
略して記入してください。

生活保護法第49条(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)のとおりに指定を申請します。

健康保険法の指定を受けている名称、所在地
と合わせてください。

名 称	イリョウハウジンスイタカイ スイタビョウイン		医療機関コード	3	8	4	1	3	3	4	
医療法人すいた会 すいた病院	〒 564 - 8550		市泉町一丁目3番40号 吹田ビル1階								
法人の場合の記入例。 個人の場合、個人の名前を記入してください。	TEL (06) 6384 - 1334		市泉町一丁目3番40号 吹田ビル1階								
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(所在地)」欄に主たる 事務 法人の場合は、記入不要です。	氏名(名称等)	(フリガナ) イリョウハウジンスイタカイ リジチョウ スイタ タロウ									
	生年月日	医療法人すいた会 理事長 吹田 太郎									
住所	年 月 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XXX町二丁目10番1号										
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名	(フリガナ) オオサカ ハナコ							生年月日	昭和〇〇年〇月X日	
	大阪 花子		〇〇〇市								
診療科名	内科、外科										
健康保険法による指定	有・指定申請中・更新申請中							有効期間	年 月 日から 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	年 月 日 (更新の場合のみ記載)										
希望する指定年月日	年 月 日 (新規の場合のみ記載)										

上記のとおり指定を申請します。

令和 元 年 5 月 1 日

(申請先)

吹 田 長 宛

住 所

〒 〇〇〇市XXX町二丁目10番1号

申請書を提出する日を
記入してください。

申請者(開設者)

TEL () -

氏名(名称等) 医療法人すいた会 理事長 吹田 太郎

----- (福祉事務所使用欄) -----

吹田市福祉事務所	書	有	・	無
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、法人名および代表者の職、氏名を記入してください。				
指定についての意見				