

保 険 医 療 機 関  
保 険 薬 局  
生活保護法指定医療機関

届出事項変更（異動）届

|                                                                 |                        |                                  |  |                          |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|--|--------------------------|----------------------------------------------------|--|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|
| 医療機関（薬局）コード                                                     |                        |                                  |  |                          |                                                    |  | 登録省令第8条関係                |                                                                                        |  |                          |
| 保険医療機関<br>又は<br>保険薬局の<br>名 称                                    | 変更前                    | (法人名)                            |  |                          |                                                    |  |                          | 変更（異動）年月日等                                                                             |  |                          |
|                                                                 |                        | (機関名)                            |  |                          |                                                    |  |                          | 令和 年 月 日                                                                               |  |                          |
|                                                                 | 変更後                    | (フリガナ)                           |  |                          |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |
|                                                                 |                        | (法人名)                            |  |                          |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |
|                                                                 |                        | (フリガナ)                           |  |                          |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |
|                                                                 |                        | (機関名)                            |  |                          |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |
| 開設者名<br>又は<br>代表者名<br><br>(法人の場合は<br>法人名、代表者の<br>役職及び氏名)        | 変更前                    | (法人名)                            |  |                          |                                                    |  |                          | 令和 年 月 日                                                                               |  |                          |
|                                                                 |                        | (氏 名)                            |  |                          |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |
|                                                                 | 変更後                    | (フリガナ)                           |  |                          |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |
|                                                                 |                        | (法人名)                            |  |                          |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |
|                                                                 |                        | (フリガナ)                           |  |                          |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |
|                                                                 |                        | (氏 名)                            |  |                          |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |
|                                                                 |                        | 保険医又は保険薬剤師<br>の登録の記号及び番号         |  | ( ) 医・歯・薬                |                                                    |  |                          | (注)「保険医又は保険薬剤師の登<br>録の記号及び番号」及び「医籍等登<br>録番号」欄は、開設者又は代表者が、<br>当該項目に該当する場合に記載し<br>てください。 |  |                          |
|                                                                 |                        | 医 籍 等 登 録 番 号                    |  | 第 号                      |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |
| 管 理 者<br>又は<br>管理薬剤師                                            | 変更前                    | (氏 名)                            |  |                          |                                                    |  |                          | 令和 年 月 日                                                                               |  |                          |
|                                                                 | 変更後                    | (フリガナ)                           |  |                          |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |
|                                                                 |                        | (氏 名)                            |  |                          |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |
|                                                                 |                        | 保険医又は保険薬剤師<br>の登録の記号及び番号         |  | ( ) 医・歯・薬                |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |
|                                                                 |                        | 医 籍 等 登 録 番 号                    |  | 第 号                      |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |
| 保 険 医<br>又 は<br>保険薬剤師<br><br>*複数名の場合<br>は、別紙にご記入<br>ください。       | 勤務者<br>・<br>勤務形<br>態変更 | (フリガナ)                           |  |                          |                                                    |  |                          | (勤務日・勤務形態変更日)<br>*いずれかに○を付けてください。<br>令和 年 月 日                                          |  |                          |
|                                                                 |                        | (氏 名)                            |  |                          |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |
|                                                                 |                        | 登録の記号及び番号                        |  | ( ) 医・歯・薬                |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |
|                                                                 |                        | 医 籍 等 登 録 番 号                    |  | 第 号                      |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |
|                                                                 |                        | 勤 務 形 態                          |  | 常勤 ・ 非常勤                 |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |
|                                                                 | 退職者                    | (フリガナ)                           |  |                          |                                                    |  |                          | (退職日・異動日)<br>*いずれかに○を付けてください。<br>令和 年 月 日                                              |  |                          |
|                                                                 |                        | (氏 名)                            |  |                          |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |
|                                                                 |                        | 登録の記号及び番号                        |  | ( ) 医・歯・薬                |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |
| その他の変更<br>区画変更・診療<br>科目・診療(開局)<br>時間・病床数(減<br>少の場合)・法人<br>所在地 等 | 変更前                    |                                  |  |                          |                                                    |  |                          | 令和 年 月 日                                                                               |  |                          |
|                                                                 | 変更後                    |                                  |  |                          |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |
| 生活保護法の<br>指定医療機関の<br>届出関係 (※)                                   |                        | 生活保護法の指定<br>医療機関の変更の<br>届出を併せて行う |  | <input type="checkbox"/> | 生活保護法第49条の2第2項第<br>2号から第9号まで(指定欠格事<br>由)に該当しない旨の誓約 |  | <input type="checkbox"/> | 国の開設した医療<br>機関                                                                         |  | <input type="checkbox"/> |
| (※)は、該当する場合、右隣の□にチェックを入れること。                                    |                        |                                  |  |                          |                                                    |  |                          |                                                                                        |  |                          |

上記のとおり届け出します。 医療機関（薬局）名称  
令和 年 月 日

開設者の氏名及び住所（法人の場合は、名称、代表者の役職、氏名及び主たる事務所の所在地）  
〒

北海道厚生局長 殿

電話 ( )

## 勤務者・退職者届出事項変更(異動)届

| 医療機関（薬局）コード           |                    |               |                      |  |                          |  |  |  | 医療機関（薬局）名称                                                  |
|-----------------------|--------------------|---------------|----------------------|--|--------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------|
| 保 険 医<br>又 は<br>保険薬剤師 | 勤務者<br>・<br>勤務形態変更 | (フリガナ)        |                      |  |                          |  |  |  | 変更（異動）年月日等                                                  |
|                       |                    | (氏 名)         |                      |  |                          |  |  |  | （勤務日 ・ 勤務形態変更日）<br>＊いずれかに○を付けてください。<br>令和     年     月     日 |
|                       |                    | 登録の記号及び番号     |                      |  | (        ) 医 ・ 歯 ・ 薬     |  |  |  |                                                             |
|                       |                    | 医 籍 等 登 録 番 号 |                      |  | 第                      号 |  |  |  |                                                             |
|                       |                    | 勤 務 形 態       |                      |  | 常 勤   ・   非 常 勤          |  |  |  |                                                             |
|                       |                    | 担 当 診 療 科     |                      |  |                          |  |  |  |                                                             |
|                       | 退職者                | (フリガナ)        |                      |  |                          |  |  |  | （退職日 ・ 異動日）<br>＊いずれかに○を付けてください。<br>令和     年     月     日     |
|                       |                    | (氏 名)         |                      |  |                          |  |  |  |                                                             |
| 登録の記号及び番号             |                    |               | (        ) 医 ・ 歯 ・ 薬 |  |                          |  |  |  |                                                             |
| 保 険 医<br>又 は<br>保険薬剤師 | 勤務者<br>・<br>勤務形態変更 | (フリガナ)        |                      |  |                          |  |  |  | 変更（異動）年月日等                                                  |
|                       |                    | (氏 名)         |                      |  |                          |  |  |  | （勤務日 ・ 勤務形態変更日）<br>＊いずれかに○を付けてください。<br>令和     年     月     日 |
|                       |                    | 登録の記号及び番号     |                      |  | (        ) 医 ・ 歯 ・ 薬     |  |  |  |                                                             |
|                       |                    | 医 籍 等 登 録 番 号 |                      |  | 第                      号 |  |  |  |                                                             |
|                       |                    | 勤 務 形 態       |                      |  | 常 勤   ・   非 常 勤          |  |  |  |                                                             |
|                       |                    | 担 当 診 療 科     |                      |  |                          |  |  |  |                                                             |
|                       | 退職者                | (フリガナ)        |                      |  |                          |  |  |  | （退職日 ・ 異動日）<br>＊いずれかに○を付けてください。<br>令和     年     月     日     |
|                       |                    | (氏 名)         |                      |  |                          |  |  |  |                                                             |
| 登録の記号及び番号             |                    |               | (        ) 医 ・ 歯 ・ 薬 |  |                          |  |  |  |                                                             |
| 保 険 医<br>又 は<br>保険薬剤師 | 勤務者<br>・<br>勤務形態変更 | (フリガナ)        |                      |  |                          |  |  |  | 変更（異動）年月日等                                                  |
|                       |                    | (氏 名)         |                      |  |                          |  |  |  | （勤務日 ・ 勤務形態変更日）<br>＊いずれかに○を付けてください。<br>令和     年     月     日 |
|                       |                    | 登録の記号及び番号     |                      |  | (        ) 医 ・ 歯 ・ 薬     |  |  |  |                                                             |
|                       |                    | 医 籍 等 登 録 番 号 |                      |  | 第                      号 |  |  |  |                                                             |
|                       |                    | 勤 務 形 態       |                      |  | 常 勤   ・   非 常 勤          |  |  |  |                                                             |
|                       |                    | 担 当 診 療 科     |                      |  |                          |  |  |  |                                                             |
|                       | 退職者                | (フリガナ)        |                      |  |                          |  |  |  | （退職日 ・ 異動日）<br>＊いずれかに○を付けてください。<br>令和     年     月     日     |
|                       |                    | (氏 名)         |                      |  |                          |  |  |  |                                                             |
| 登録の記号及び番号             |                    |               | (        ) 医 ・ 歯 ・ 薬 |  |                          |  |  |  |                                                             |
| 保 険 医<br>又 は<br>保険薬剤師 | 勤務者<br>・<br>勤務形態変更 | (フリガナ)        |                      |  |                          |  |  |  | 変更（異動）年月日等                                                  |
|                       |                    | (氏 名)         |                      |  |                          |  |  |  | （勤務日 ・ 勤務形態変更日）<br>＊いずれかに○を付けてください。<br>令和     年     月     日 |
|                       |                    | 登録の記号及び番号     |                      |  | (        ) 医 ・ 歯 ・ 薬     |  |  |  |                                                             |
|                       |                    | 医 籍 等 登 録 番 号 |                      |  | 第                      号 |  |  |  |                                                             |
|                       |                    | 勤 務 形 態       |                      |  | 常 勤   ・   非 常 勤          |  |  |  |                                                             |
|                       |                    | 担 当 診 療 科     |                      |  |                          |  |  |  |                                                             |
|                       | 退職者                | (フリガナ)        |                      |  |                          |  |  |  | （退職日 ・ 異動日）<br>＊いずれかに○を付けてください。<br>令和     年     月     日     |
|                       |                    | (氏 名)         |                      |  |                          |  |  |  |                                                             |
| 登録の記号及び番号             |                    |               | (        ) 医 ・ 歯 ・ 薬 |  |                          |  |  |  |                                                             |

## 届書の記載要領

次のことに注意して入力(記載)してください。

- 標題は、保険医療機関又は保険薬局のうち、いずれかを○で囲んでください。生活保護法施行規則第14条に基づき、生活保護法上の指定医療機関の変更の届出も併せて行う場合は、生活保護法指定医療機関も○で囲んでください。
- 「保険医療機関又は保険薬局の名称」欄は、保険医療機関又は保険薬局の名称に変更があったときに記載してください。(名称は開設許可証等に記載されている名称を正確に記載してください。)
- 「開設者名又は代表者名」欄は、次のいずれかに該当する場合に記載してください。(氏名は、戸籍簿に記載されている漢字を必ず用いてください。)

### 【法人開設の場合】

- ・法人の代表者が変更になった場合
- ・法人の名称に変更があった場合

### 【個人開設の場合】

- ・開設者の氏名が変更になった場合  
「保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号」及び「医籍等登録番号」欄は、開設者又は代表者が、当該項目に該当する場合に記載してください。

- 管理者又は管理薬剤師欄は、保険医療機関の管理者又は保険薬局の管理薬剤師に変更があったときに記載してください。(氏名は、戸籍簿に記載されている漢字を必ず用いてください。)
- 「保険医又は保険薬剤師」欄については、新たに勤務することになったとき、勤務している者の勤務形態が変更となったときまたは勤務している者が退職したときに、それぞれ記載してください。

次の事項に留意の上、記載してください。

- ・登録の記号及び番号は、保険医登録票又は保険薬剤師登録票に記載されている記号及び番号を記載してください。(氏名は、戸籍簿に記載されている漢字を必ず用いてください。)
- ・医籍等登録番号は、医師、歯科医師及び薬剤師免許証に記載されている医籍番号(薬剤師名簿登録番号)を記載してください。
- ・本届を提出した保険医療機関等における届出者の常勤又は非常勤の別及び担当診療科を記載してください。  
なお、担当診療科が複数ある場合、主たる診療科を最初に記載してください。また、科目名の間を1文字空けて記載してください。
- ・勤務形態変更については、変更後の勤務形態(常勤又は非常勤)を○で囲んでください。
- ・変更(異動)年月日等の記載は、新たに勤務することになった者については勤務日を○で囲みその日付を記載し、勤務形態が変更となった者については、勤務形態変更日を○で囲みその日付を記載してください。  
なお、退職者又は異動者については、退職日又は異動日の該当いずれかを○で囲みその日付を記載してください。
- ・届出者が複数いる場合には、二人目以降の者については、別紙様式に記載し、本様式に添えて提出してください。
- 「その他の変更(区画変更、診療科目、診療時間(開局時間)、病床数変更)」欄は、変更前・変更後の内容がわかるように記載してください。
- 「医療機関(薬局)コード」欄は、各地方厚生(支)局より払出された保険医療機関(保険薬局)指定通知書に印字されている7桁の数字を記載してください。
- 開設者の氏名及び住所は、法人の場合、名称(法人名、機関名)、代表者の役職及び氏名、主たる事務所の所在地を必ず記載してください。(氏名は、戸籍簿に記載されている漢字を必ず用いてください。)

- 「保険医療機関又は保険薬局の名称」、「開設者名又は代表者名」、「管理者又は管理薬剤師」のいずれかの変更を届け出る場合であって、生活保護法施行規則第 14 条に基づき、生活保護法上の指定医療機関の変更の届出も併せて行う場合は、「生活保護法に基づく指定医療機関の届出関係」欄中、当てはまるもの全てにチェックをつけてください。

その際以下に留意してください。

・生活保護法の指定医療機関の届出は、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支援給付の指定医療機関の届出も兼ねるものであること。

・指定欠格事由のうち、生活保護法第 49 条の 2 第 2 項第 3 号の場合の該当法律は以下のとおり。

・児童福祉法 ・あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律 ・栄養士法 ・医師法  
・歯科医師法 ・保健師助産師看護師法 ・歯科衛生士法 ・医療法 ・身体障害者福祉法 ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 ・社会福祉法 ・医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 ・薬剤師法  
・老人福祉法 ・理学療法士及び作業療法士法 ・柔道整復師法 ・社会福祉士及び介護福祉士法 ・義肢装具士法  
・介護保険法 ・精神保健福祉士法 ・言語聴覚士法 ・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 ・高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律 ・就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律 ・障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律 ・子ども・子育て支援法 ・再生医療等の安全性の確保等に関する法律 ・国家戦略特別区域法（第 12 条の 5 第 15 項及び第 17 項から第 19 項までの規定に限る。） ・難病の患者に対する医療等に関する法律 ・公認心理師法 ・民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護等に関する法律 ・臨床研究法

・「国の開設した医療機関」欄は、届出を行う医療機関が、国の開設した医療機関若しくは法令の規定により国とみなして生活保護法施行規則第 10 条第 1 項及び第 3 項を適用する独立行政法人等が開設した医療機関の場合にチェックを入れること。