

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定更新申請書
(病院又は診療所)

保険医療機関	名称	●●病院										
	所在地	〒 123-4567 TEL(078)●●●-●●●● 神戸市北区●●町●丁目●番●号										
開設者	住所	〒 012-3456 TEL(078)○○○-○○○○ 神戸市中央区○○町○丁目○番○号										
	氏名・役職・法人等名称	氏名 神戸 太郎 役職 理事長 (生年月日 昭和××年×月×日)										
		名称 医療法人 ○○										
保険医療機関の指定年月日等	医療機関コード	1	2	3	4	5	6	7	指定年月日	平成 28 年 4 月 1 日		
標榜している診療科目	精神科、心療内科							精神通院医療に関する診療科のみ記入				保険医療機関としての当初指定日
主として担当する医師の氏名	神戸 一郎											
開設者が法人の場合は法人所在地・法人名称・代表者の職名および氏名 開設者が個人の場合は個人の住所・氏名を記入してください。												
直近の届出から変更がないかご確認ください												
社会生活支援医療法第36条第3項(第1号から第3号まで及び第7号を除く)の規定												
令和4年 ○月 ○日												
神戸市長 宛												
開設者												
住所 神戸市中央区○○町○丁目○番○号												
氏名又は名称 医療法人○○ 理事長 神戸 太郎												

- 備考 1 「保険医療機関」の名称は、必ず正式名称を記載すること。
2 標榜している診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみの記載で差し支えないこと。
3 「医療機関コード」は、診療報酬請求時の7桁の医療機関コードを記入すること。
4 次の項目において、既に指定を受けている(変更届を提出している)内容に変更がある場合は、併せて変更届(様式第9号)の提出が必要です。
①保健医療機関名称・所在地 ②開設者氏名(名称)・所在地 ④標榜診療している診療科目
⑤主として担当する医師氏名(経歴書の添付(様式第2号)が必要)