様式第一号の二(第六条関係)

(表　　面)

保　険　医　療　機　関　指　定　変　更　申　請　書

※番　　号				
※医療機関コード				
① 病　院　・　診　療　所	名　　称			
	所　在　地			
② 医療法第30条の11の規定による勧告	有　・　無	勧告年月日		
③ 変更後の指定に係る病床種別ごとの病床数等	床	(うち、一般病床　　床、療養病床　　床、精神病床　　床、結核病床　　床、感染症病床　　床) (特別の療養環境に係る病床　　床(個室　床、2人室　床、3人室　床、4人室　床))		

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

開設者の氏名及び住所

地方厚生(支)局長　　殿

(法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び
主たる事務所の所在地)

（裏　　面）

記入上の注意

1.　①及び②の欄は、該当の文字を○で囲むこと。
2.　③の欄の特別の療養環境に係る病床とは、その利用について法律の規定に基づく費用の額を超える金額の支払を受ける病床をいうものであること。
※の欄には、記入しないこと。

備　考　この用紙は、A列4番とすること。