

生活保護法指定医療機関 指定・指定更新 申請書

フリガナ 名 称			医療機関 コ ー ド										
所在地	〒 TEL												
開設者 ※裏面記載要領4参照	フリガナ 氏 名 (名称等)							生 年 月 日	年	月	日		
	住 所 (所在地)	〒											
管理者 ※裏面記載要領5参照	フリガナ 氏 名							生 年 月 日	年	月	日		
	住 所	〒											
診 療 科 名													
健康保険法による指定	有 ・ 指定申請中						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)			※生活保護法第49条の3第1項に基づき指定の更新を受けようとする場合に、記載してください。	
適 用	適 用 理 由												
	適 用 希 望 日												

上記のとおり指定を申請します。

令和 年 月 日

岡 山 市 長 様

〒  
住所  
申請者  
(開設者)  
氏名

※この申請書は、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基づく指定の申請書を兼ねます。

福祉事務所記入欄（医療機関の方は記入不要です。）

医 療 扶 助 へ の 理 解	
指 定 に つ い て の 意 見	

## 注意事項

- 1 この書類は、貴機関の所在地を管轄する福祉事務所に提出してください。
- 2 貴機関が新たに指定された場合は、岡山市告示により公示するほか、指定通知書により通知します。
- 3 更新申請の場合、指定の有効期間の満了日までに、申請に対する通知がなされないときは、従前の指定は、指定の有効期間の満了後もその通知がされるまでの間は、なおその効力を有します。

## 記載要領

- 1 標題の「指定・指定更新」の部分は、指定、指定更新のいずれかを○で囲んでください。
- 2 「名称」は医療法による開設許可証等に記載されている名称を記載してください。
- 3 「医療機関コード」は保険医療機関番号を記載してください。
- 4 [開設者]  
＜病院、診療所、薬局＞  
開設者の氏名のみ記載してください。  
開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者の職・氏名を記載してください。  
＜指定訪問看護事業者等＞  
開設者の氏名・生年月日・住所を記載してください。  
開設者が法人の場合は、「氏名(名称等)」に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」に法人の主たる事務所の所在地を記載してください。  
※開設者が法人の場合、生年月日については記載の必要はありません。
- 5 [管理者]  
＜病院、診療所、薬局＞  
管理者の氏名のみ記載してください。  
＜指定訪問看護事業者等＞  
管理者の氏名・生年月日・住所を記載してください。
- 6 「診療科名」は、標榜する診療科名を記載してください。診療科名が複数ある場合は、主たる診療科を最初に記載してください。  
※薬局の場合、「診療科名」は記載の必要はありません。
- 7 「健康保険法による指定」は、申請時点において、指定の「有」・「指定申請中」のいずれかを○で囲み、「有」の場合は指定の有効期間を記載してください。また、「指定申請中」の場合は、指定の申請を行った日を記載してください。  
※健康保険法の指定を受けていない場合は、生活保護法の指定は受けられません。  
※訪問看護ステーションのうち、介護保険法の指定を受けることにより、健康保険法の指定を受けたとみなされるものについては、「健康保険法による指定」の「有効期間」は、介護保険法の指定の有効期間を記載してください。
- 8 「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」については、生活保護法第49条の3第1項に基づき指定の更新を受けようとする場合に、記載してください。
- 9 「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」とは、以下のいずれかに該当するものです。
  - ① 医師、歯科医師又は薬剤師が開設する指定医療機関(個人が開設する医療機関であって法人を除く。)であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師若しくは薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
  - ② 医師、歯科医師又は薬剤師が開設する指定医療機関(個人が開設する医療機関であって法人を除く。)であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師若しくは薬剤師及びその者と同一の世帯に属する配偶者、直系血族若しくは兄弟姉妹である医師、歯科医師若しくは薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
- 10 原則、申請を受理した月の1日を指定日としていますので、「適用」欄は、それ以前に遡及を希望する場合のみ記載してください。  
なお、希望する場合は、遡及理由及び適用希望日を必ず記載してください。ただし、適用希望日は健康保険法の指定日より前に遡ることはできません。
- 11 申請者(開設者)が個人の場合は、申請者(開設者)本人の住所・氏名を記載してください。申請者(開設者)が法人の場合は、名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。

指定・指定更新のいずれかを○で囲んでください。

保護法指定医療機関 **指定** ・ 指定更新 申請書

**記載例**

フリガナ 名称	オカヤマモモタロウシンリョウジョ <b>岡山桃太郎診療所</b>	医療機関 コード	9 9 9 9 9 9 9
所在地	〒 700-0914 <b>岡山市北区鹿田町一丁目1番1号</b>	44	保険医療機関番号を記載してください。
開設者 ※裏面記載要領4参照	フリガナ 氏名 (名称等)	イリョウジョウジンオカモモカイ リジチョウ オカヤマタロウ <b>医療法人岡桃会 理事長 岡山太郎</b>	生年月日
	住所 (所在地)	〒 700-8546 <b>岡山市北区鹿田町一丁目1番1号</b>	年 月 日
管理者 ※裏面記載要領5参照	フリガナ 氏名	オカヤマ タロウ <b>岡山 太郎</b>	生年月日
	住所	〒 700-8544 <b>岡山市北区大供</b>	昭和 58 年 6 月 20 日
診療科名	<b>内科, 皮膚科, 小児科</b>		
健康保険法による指定	有 <input checked="" type="radio"/> ・ 指定申請中 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 期間 <input type="radio"/>		
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	<p>医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であって、おおむね当該開設者である医師等若しくは薬剤師のみが診療や調剤をしているもの、又はその者と同一世帯の配偶者等のみが診療若しくは調剤に従事している場合は、「有」に○印を記載してください。          ※開設者が法人の場合は該当しませんので、「無」に○印をしてください。          ※裏面の記載要領を参照してください。</p>		
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) ※生活保護法第49条の3第1項に基づき指定の更新を受けようとする場合に、記載してください。		
適用	遡及理由	生活保護受給者等の利用前に指定申請を行ってください。やむを得ず申請が遅れた場合はその理由と法指定の適用希望日を記載してください。 ※指定決定後は、指定日の変更は出来ません。	
	適用希望日		

上記のとおり指定を申請します。

令和 6 年 7 月 1 日

岡山市長様

申請者 (開設者) 住所 〒700-8546 **岡山市北区鹿田町一丁目1番1号**  
氏名 **医療法人岡桃会 理事長 岡山 太郎**

申請者(開設者)が法人の場合は、名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。  
申請者(開設者)が個人の場合、申請者(開設者)本人の住所・氏名を記載してください。  
※押印は不要です

※この申請書は、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基づく指定の申請書を兼ねます。

福祉事務所記入欄 (医療機関の方は記入不要です。)

医療扶助への理解	この欄は、医療機関の方は記入不要です。
指定についての意見	

## 注意事項

- 1 この書類は、貴機関の所在地を管轄する福祉事務所に提出してください。
- 2 貴機関が新たに指定された場合は、岡山市告示により公示するほか、指定通知書により通知します。
- 3 更新申請の場合、指定の有効期間の満了日までに、申請に対する通知がなされないときは、従前の指定は、指定の有効期間の満了後もその通知がされるまでの間は、なおその効力を有します。

## 記載要領

- 1 標題の「指定・指定更新」の部分は、指定、指定更新のいずれかを○で囲んでください。
- 2 「名称」は医療法による開設許可証等に記載されている名称を記載してください。
- 3 「医療機関コード」は保険医療機関番号を記載してください。
- 4 [開設者]  
＜病院、診療所、薬局＞  
開設者の氏名のみ記載してください。  
開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者の職・氏名を記載してください。  
＜指定訪問看護事業者等＞  
開設者の氏名・生年月日・住所を記載してください。  
開設者が法人の場合は、「氏名(名称等)」に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」に法人の主たる事務所の所在地を記載してください。  
※開設者が法人の場合、生年月日については記載の必要はありません。
- 5 [管理者]  
＜病院、診療所、薬局＞  
管理者の氏名のみ記載してください。  
＜指定訪問看護事業者等＞  
管理者の氏名・生年月日・住所を記載してください。
- 6 「診療科名」は、標榜する診療科名を記載してください。診療科名が複数ある場合は、主たる診療科を最初に記載してください。  
※薬局の場合、「診療科名」は記載の必要はありません。
- 7 「健康保険法による指定」は、申請時点において、指定の「有」・「指定申請中」のいずれかを○で囲み、「有」の場合は指定の有効期間を記載してください。また、「指定申請中」の場合は、指定の申請を行った日を記載してください。  
※健康保険法の指定を受けていない場合は、生活保護法の指定は受けられません。  
  
※訪問看護ステーションのうち、介護保険法の指定を受けることにより、健康保険法の指定を受けたとみなされるものについては、「健康保険法による指定」の「有効期間」は、介護保険法の指定の有効期間を記載してください。
- 8 「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」については、生活保護法第49条の3第1項に基づき指定の更新を受けようとする場合に、記載してください。
- 9 「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」とは、以下のいずれかに該当するものです。
  - ① 医師、歯科医師又は薬剤師が開設する指定医療機関(個人が開設する医療機関であって法人を除く。)であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師若しくは薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
  - ② 医師、歯科医師又は薬剤師が開設する指定医療機関(個人が開設する医療機関であって法人を除く。)であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師若しくは薬剤師及びその者と同一の世帯に属する配偶者、直系血族若しくは兄弟姉妹である医師、歯科医師若しくは薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
- 10 原則、申請を受理した月の1日を指定日としていますので、「適用」欄は、それ以前に遡及を希望する場合のみ記載してください。  
なお、希望する場合は、遡及理由及び適用希望日を必ず記載してください。ただし、適用希望日は健康保険法の指定日より前に遡及することはできません。
- 11 申請者(開設者)が個人の場合は、申請者(開設者)本人の住所・氏名を記載してください。申請者(開設者)が法人の場合は、名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。