

注意事項

1. この書類は、奈良市長（福祉部保護第二課）あてに直接提出してください。
(送付可)
2. この書類は、業務を廃止・休止・再開したときは10日以内に、指定を辞退するとき
は30日以上予告期間を設けて提出してください。
3. 医療機関等コードが変更になったときは、廃止届と指定申請書を提出してください。
4. 廃止・休止・再開したことが分かる資料を添付してください。
例：近畿厚生局に届け出た廃止・休止・再開届の写し、近畿厚生局からの通知書等
※辞退するときは、保険医療機関としての業務は継続のため、必要ありません。
5. 廃止・休止・再開日については、別段の申し出がない限り、保険医療機関の廃止・
休止・再開日と同一の年月日とします。

記載要領

1. 「届出内容」欄は、該当する項目に○をつけてください。
2. 「医療機関等コード」欄は、近畿厚生局から通知された7ケタのコードを記入してく
ださい。
3. 「名称」「郵便番号」「所在地」「電話番号」欄は、近畿厚生局からの指定通知書
に記載されている内容を記入してください。
4. 「廃止・休止・再開・辞退年月日」欄は、業務を廃止・休止・再開・辞退した日を
記入してください。記載項目については、近畿厚生局に届け出た内容と同様にしてくだ
さい。なお、辞退日については、辞退しようとする月の末日を記入してください。
例：令和元年5月で辞退しようとするとき → 辞退日は令和元年5月31日
5. 「廃止・休止・再開・辞退の理由」欄は、廃止・休止・再開・辞退した理由を記入
してください。
6. 「申請者」欄は、開設者が法人のときには、法人名称及び主たる事務所の所在地を
記入し、法人代表者印を押印してください。開設者が個人ときには、氏名及び自宅住
所を記入し、個人印（朱肉印）を押印してください。