

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、医療機関の名称、所在地に変更があった場合に10日以内に提出してください。
3. 変更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変更届の写し、近畿厚生局からの通知書等
4. 変更日については、別段の申し出がない限り、保険医療機関の変更日と同一の年月日とします。

記載要領

1. 「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。
2. 「名称」欄は、名称に変更があったときは変更後の名称を記入してください。
3. 「郵便番号」「所在地」「電話番号」欄は、変更があったときは変更後の名称を記入してください。
4. 「変更内容」欄及び「変更年月日」欄については、該当がある項目に記入してください。なお、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。
5. 「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。開設者が個人有的时候には、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。