生活保護法指定医療機関（　指定　・　指定更新　）申請書

保険医療機関番号を記載してください。

名　　称	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンチョウビョウイン 県庁病院	医療機関コード	○○○○○○○
所　在　地	〒880－0875　TEL (0985) 26－○○○○ 宮崎市橘通東２丁目１０番１号		
開設者の氏名、生年月日、住所 ※法人の場合は、「氏名(名称)欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」欄に主たる事務所の所在地を記載してください。	氏名(名称等)	(ﾌﾘｶﾞﾅ)イリョウホウジンケンチョウカイ　リジチョウ　ミヤザキ　ハナコ 医療法人県庁会　理事長　宮崎　花子	
	生年月日	年　月　日　（開設者が個人の場合のみ記載してください。）	
	住所(所在地)	〒　880－0875 宮崎市橘通東２丁目１０番２号	
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)　ミヤザキ　タロウ 宮崎　太郎	(生年月日) 昭和○年○月○日
	住所	〒　880－0875 宮崎市橘通東２丁目１０番３号	
診　療　科　名	内科、小児科　（薬局の場合は記入不要です。）		
健康保険法による指定	（有）・　指定申請中	有効期間	令和○年○月○日から 令和○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	令和○年○月○日（更新の場合のみ記載）		

開設者である医師（個人）のみで診察を行っている診療所や薬剤師（個人）のみで調剤を行っている薬局等が該当します。（当該医師又は薬剤師及びその者と同一の世帯に属する配偶者、直系血族又は兄弟姉妹である医師又は薬剤師が診療又は調剤を行う場合を含みます。）※健康保険法第68条第２項を準用

上記のとおり指定を申請します。

令和３年３月○日

宮崎県知事　殿

〒　880－0875

住所：宮崎市橘通東２丁目１０番１号

申請者（開設者）　TEL (0985) 26－○○○○

氏名：医療法人県庁会　理事長　宮崎　花子　宮崎県知事花子長会　印

※法人の場合は、「氏名」欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、法人代表者印を押印してください。