様式第一号の二の次に次の一様式を加える。

（表　面）

保険医療機関
保険薬局指定申請書
生活保護法指定医療機関

※番号				
※医療機関(薬局)コード				
① 病院・診療所・薬局	名称			
	所在地			
② 管理者・管理薬剤師	氏名			
	保険医・保険薬剤師・その他	保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号		
③ 診療科名				
④ 開設者(法人の場合は代表者)	医師・歯科医師・保険医・薬剤師・保険薬剤師・その他	保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号		
⑤ 健康保険法第65条第3項第1号、第3号から第5号までのいずれか(指定欠格事由)に該当	有・無	該当する法律名		
		内容		
		該当年月日		
		処分権者等		
⑥ 医療法第30条の11の規定による勧告	有・無	勧告年月日		
⑦ 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)）		
⑧ 生活保護法の指定医療機関の申請を併せて行う	□	⑨ 生活保護法第49条の2第2項第2号から第9号まで（指定欠格事由）に該当しない旨の誓約	□	⑩ 国の開設した医療機関 □

上記のとおり申請します。
令和　　年　　月　　日

地方厚生(支)局長　　殿

開設者の氏名及び住所

（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）

様式第一号の三（第三条関係）