

結核指定医療機関変更届

年 月 日

豊 中 市 長 様

開設者の住所 ※法人の場合は法人住所
〒
開設者の名称 ※個人の場合は記載不要
代表者の役職・氏名

次のとおり変更しましたので届け出ます。

医療機関の名称		
医療機関の所在地		
保険医療機関番号 (保険薬局番号)		
変更 事項	変更前	
	変更後	
変更年月日		年 月 日
変更理由 (該当理由に、○印)		1.内容の変更を伴わず単に医療機関の名称変更 2.住所表示変更等による、医療機関の所在地名や呼称及び地番変更 3.婚姻、養子縁組、法人の名称変更等による、開設者名変更 4.開設者の住所変更 【注意事項】法人の代表者変更の場合は、届出不要です。
本申請書についての連絡先 担当者名： 担当者電話番号： 変更通知書の送付先 (下記に○をしてください。その他の場合は住所と宛先をご記入ください) [医療機関の所在地 ・ 開設者の住所 ・ その他 ()]		

◎ 注 意 事 項

申請時に保険医療機関番号（保険薬局番号）の付番がまだの場合は付番され次第、番号の申請を行ってください。

下記の事由が発生する場合は、辞退書あるいは変更届を、速やかに豊中市長に提出してください。

なお、辞退については30日前までに届出なければなりません。

（感染症の予防及び感染症患者に対する医療に関する法律第38条第8項）

○ 辞退書の提出となる事由

（a）開設者が変更となる場合

- 例 ・ 開設者が法人である場合に、他の法人に合併されたり、新たな法人となる場合
・ 開設者が法人から個人になる場合または、個人から法人になる場合
・ 開設者が施設を他人に譲渡する場合

（b）医療機関が診療もしくは業務の全部を停止する場合

（c）医療機関が移転する場合（医療機関の増改築等による仮移転を含む）

（d）開設者が死亡した場合又は失踪宣言を受けた場合

（戸籍法に規定する死亡届出義務者が提出）

※ なお、開設者変更後の医療機関、移転後の医療機関の指定については、再度申請を行ってください。

○ 変更届の提出となる事由

（a）医療機関の名称を変更する場合

（医療機関の規模、内容、施設等に変更がある場合を除く）

（b）住居表示の変更等により、医療機関の所在地名の呼称及び地番に変更がある場合

（c）婚姻、養子縁組及び法人の名称変更等により、開設者名に変更がある場合

（d）開設者の住居に変更がある場合