

結核指定医療機関指定申請書  
( ①新規申請 ・ ②辞退後申請 )

年 月 日

(あて先) さいたま市長

〒 -

開設者住所:

※ 開設者が法人の場合は法人の主たる事務所の所在地をご記入ください。

開設者:

電話番号:

( 担当者名: )

※ 問合せ時に使用します。日中に連絡可能な電話番号をご記入ください。

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第38条第2項の規定による結核指定医療機関として指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

なお、本申請が承認がされた場合、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第38条第2項の規定に基づく感染症指定医療機関医療担当規程(平成11年厚生省告示第42号)及び同法第41条の規定に基づく診療報酬により、同法の定めるところに従って、同法による医療を担当します。

《指定希望医療機関》

フリガナ		医療機関種別 <sup>※1</sup>	1. 病院
医療機関名称			2. 診療所
電話番号			3. 薬局 (□ 公的)
医療機関所在地	<input type="checkbox"/> 開設者住所と同じ (☑をすれば記入不要) 〒 -		
指定希望日 <sup>※2</sup>	年 月 日	保険医療機関番号 <sup>※3</sup>	
備考	※指定書の送付先が開設者住所と異なる場合は、送付先住所等をこの欄にご記入ください。		

※1 1~3で該当する種別に○をしてください。また、公的機関の場合は、同一欄内の(□ 公的)に☑してください。

※2 新規申請の場合、指定希望日は申請日以降の日付を記入してください。

※3 保険医療機関番号がわかる書類の写し(保険医療機関の指定通知書等)を添付してください。  
申請時に保険医療機関の指定を受けていない場合は、指定を受けた後に速やかに提出してください。

《申請内容によって、提出書類が異なりますのでご注意ください。》

【添付書類】

○ 新規申請の場合

□ 保険医療機関番号がわかる書類の写し(後日提出でも可)

○ 辞退後申請の場合

□ 結核指定医療機関指定辞退届

□ 交付済の結核指定医療機関指定書(紛失の場合、別途、結核指定医療機関指定書紛失届の提出が必要)

□ 保険医療機関番号がわかる書類の写し(後日提出でも可)