

(表)

難病医療費助成指定医療機関変更届

指定年月日	年 月 日	病院 ・ 診療所 ・ 薬局 ・ 訪問看護事業所	
変更事由発生年月日	年 月 日		
保険医療機関等	名称 (※1)	変更前	
		変更後	
	所在地 (※1)	変更前	〒 -
		変更後	〒 -
	電話番号	変更前	
		変更後	
開設者	住所又は所在地 (※1)	変更前	〒 -
		変更後	〒 -
	氏名又は名称 (※1)	変更前	
		変更後	
標ぼうしている診療科名 (病院・診療所のみ記載)		変更前	
		変更後	
役員の職・氏名 (開設者が法人の場合)		裏面に記載してください。	

上記のとおり難病の患者に対する医療等に関する法律第 19 条の規定により届け出ます。

年 月 日

医療機関等

名称 :

所在地 :

コード(※2) :

開設者

住所(法人にあつては所在地) :

電話番号 :

氏名(法人にあつては名称及び代表者氏名) :

印

東京都知事 殿

※1 コードの変更を伴う場合は、変更前の指定医療機関の廃止届及び変更後の指定医療機関の新規指定申請の手続きが必要になります。

※2 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。

(裏)

(変更前)

役員の職・氏名※	職名	氏名

(変更後)

役員の職・氏名※	職名	氏名

※ 欄が不足する場合は、別添のとおりと記載し、役員名簿を添付してください。