

(表)

生活保護法
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び
特定配偶者の自立の支援に関する法律

指定医療機関 辞退届書

名称	
所在地	〒 電話()
医療機関コード	
辞退年月日	令和 年 月 日
委託患者の措置状況	

上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

高知市長 様

〒 -

住所

※法人の場合は主たる事務所の所在地

届出者
(開設者)

氏名

(裏)

注意事項

- 1 この書類は、高知市長宛に直接高知市福祉事務所(福祉管理課)まで提出してください。
- 2 この書類は、指定を辞退しようとする日の30日前までに提出してください。

記載要領

- 1 「医療機関コード」は、保険医療機関としての医療機関コードを記入してください。
「名称」、「所在地」は、健康保険法により指定を受けた正式な名称等を用いて記載してください。
- 2 「利用者の措置状況」は、既に行った措置及び今後予定している措置を記載してください。
- 3 届出者(開設者)の署名は、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を記載してください。