

指定医療機関指定通知書再交付申請書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

開設者

住所 (法人にあつては所在地)

氏名 (法人にあつては名称及び代表者氏名)

下記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則第 19 条の規定により申請します。

種別 (いずれかに○)		1 病院・診療所	2 薬局	3 指定訪問看護事業者等
指定医療機関等	名称			
	所在地	郵便番号	電話番号	
	コード※			
再交付申請理由		破損 汚損 亡失又は滅失 その他 ()		

※ 保険医療機関の場合は医療機関コード、保険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。

注 1 再交付理由が破損又は汚損の場合は、当該指定医療機関指定通知書を添付してください。

2 亡失したことにより再交付を受けた後、失った指定医療機関指定通知書を発見したときは、当該指定医療機関指定書を速やかに新潟市長に返還してください。