難病指定医療機関 再交付届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 種別 | 病院 ・ 診療所 ・ 薬局 ・ 訪問看護事業者・介護医療院（いずれかに○印） |
| 施設名称 |  |
| 所在地 | 〒　　　　-  　　 （電話 　　　－　　　　－ 　 ) |
| 指定医療機関番号 | ３ | ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定有効期間 | 年　　月　　日 | から | 年　　月　　日 | まで |
| 開設者 | 住所又は所在地 | 〒　　　　-  　　　 （電話 － 　　　 －　 ) |
| 氏名又は名称 |  |
| 再交付の理由 | □ 紛失□ 汚損□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 難病の患者に対する医療等に関する法律に規定する指定医療機関の指定通知書について、上記のとおり再交付を受けたいので届け出ます。　 　　　年　　月　　日開設者（法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名）住所氏名広 島 県 知 事　　様 |

 ※ 該当する理由に☑を入れてください。

 汚損の場合は、原本を添付のうえ申請してください。