

指定医療機関指定通知書再交付申請書（指定難病）

年 月 日

（宛先）名古屋市長

開設者

住所（法人の場合は所在地）

氏名（法人の場合は名称及び代表者氏名）

難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第1項に規定する指定医療機関の指定について、次のとおり指定医療機関指定通知書の再交付を申請します。

指定医療機関名										
医療機関コード	2	3								
所在地	〒									
電話番号										
再交付申請の理由 （該当するものに○）	き損 ・ 紛失 ・ その他									
その他の理由										

- ※1 「指定医療機関指定通知書（第2号様式）」の原本を添付してください。但し、再交付理由が「紛失」の場合は、「保険医療機関指定通知書」、「保険薬局指定通知書」又は健康保険法もしくは介護保険法に規定する指定訪問看護事業者等の「指定通知書」の写しを添付してください。
- ※2 紛失したことにより再交付を受けた後、紛失した指定通知書を発見したときは、当該指定通知書を速やかに市長に返還してください。
- ※3 医療機関コード欄は、病院又は診療所は医療機関コード（医科は231、歯科は233を含めた10桁の番号）、薬局の場合は薬局コード（234を含めた10桁の番号）、訪問看護事業者等の場合は、訪問看護ステーションコード（236を含めた10桁の番号）、介護医療院の場合は介護保険事業所番号（23Bを含めた10桁の番号）を記載してください。