

記載例

医療機関コードを変更した場合には、変更届ではなく、現契約を廃止し、新規に契約を行う必要があるため、ご連絡ください。

原子爆弾被爆者等健康診断受託医療機関変更届

令和 年 月 日

神奈川県知事殿

医療機関名 医療法人社団 ○○会
(▲▲内科クリニック)

代表者 理事長 神奈川 太郎

所在地 神奈川県横浜市中区日本大通1
東庁舎5F

電話番号 045-210-1111

以下のとおり、原子爆弾被爆者等健康診断受託医療機関の医療機関名等について変更したいので、届け出いたします。

項目	変更後	変更前	
医療機関名	▲▲内科クリニック	××医院	
所在地	変更のあった項目のみご記入ください		
代表者	氏名	神奈川 太郎	横浜 次郎
	所在地 (住所)		
振込口座	金融機関	○○銀行 ××支店	
	口座番号	1234567	
	名義人(カナ)	カナガワ タロウ	
代表者印 (使用印)			
変更年月日	令和4年3月31日		
変更の理由	任期满了に伴う代表者変更 医療機関名を変更、医療機関名変更に伴い振込口座を変更		

廃止や紛失等により
押印できない場合は、
その旨をご記載
ください。