

様式 9

ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策医療給付事業協定締結申請書

平成 年 月 日

北海道知事 様

申請者 住 所
(開設者) 氏 名

印

ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策医療給付事業の協定を締結したいので、次のとおり申請します。

記

医療機関の名称	
医療機関等の所在地	〒 電話 - -
保険医療機関コード	

- (注) 1 協定書前文の相手方(「以下『乙』という。」の前)には、法人の場合は「医療法人 」、
「 株式会社」と記入してください。代表者名の表示は不要です。
- 2 協定締結年月日及び協定期間は道が記入しますので、記載しないでください。
- 3 協定書末尾の協定締結者(相手方)には、法人の場合は、所在地、法人名及び代表者氏名を
記入し、押印してください。
- 4 協定書末尾には実施医療機関等の所在地、施設名及び保険医療機関コードを記入してくださ
い。保険医療機関コードが決定していない場合は協定を締結できません。

様式 9（裏面）
ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策医療給付事業協定締結の取扱い。

1 協定の締結

医療給付事業の協定を締結しようとする医療機関等の開設者は、「ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策医療給付事業協定締結申請書」に「協定書」（2部）を添えて申請してください。

締結する協定の始期については申請のあった月の初日とし、終期は最初に到来する3月31日とします。ただし、申請が3月の場合の有効期間の終期は2度目に到来する3月31日までとします。また、期日満了の1か月前までに解除の意思表示がないときは、期間満了の翌日から更に1年間協定を更新したものとみなし、以後も同様とします。

2 協定の内容の変更

保険医療機関コードに変更がなく協定書に記載した以下の項目に変更がある場合は、「ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策医療給付事業協定変更届」により届け出てください。

- （1）法人の名称
- （2）法人の代表者氏名
- （3）医療機関等の所在地の名称
- （4）医療機関等の名称

3 協定の解除について

協定医療機関は保険医療機関コードに変更がある場合及び当該協定の解除をしたい場合は、「ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策医療給付事業協定解除届」に解除の理由を付し届け出てください。

< 協定書記載例 >

ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策医療給付事業協定書

北海道（以下「甲」という。）と医療法人（個人の場合は個人名を記入してください。）（以下「乙」という。）とは、ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策医療給付事業実施要綱（以下「実施要綱」という。）に基づく医療給付事業について、次の各条により協定を締結する。

< 中 略 >

第6条 この協定の有効期間は、平成 年 月 日から平成 年 月 日までとする。
ただし、期日満了の1か月前までに甲又は乙のいずれか一方から解除の意思表示がないときは、期間満了の翌日から更に1年間協定を更新したものとみなし、以後も同様とする。

2 この協定の有効期間内にあっても、甲又は乙のいずれか一方から解除の意思表示がなされた場合はこの契約を解除する。

第7条 この協定に疑義を生じたとき、又はこの協定に定めのない事項については、甲乙両者の協議により定めるものとする。

この協定を証するため、本書を2通作成し、甲乙両者記名押印の上、各自その1通を保有するものとする。

平成 年 月 日 ← 記入不要

甲 北海道
北海道知事

印

乙 開設者住所 札幌市 区 町 番地 号
開設者（代表者）医療法人 理事長
医療機関住所 札幌市 区 町 番地 号
医療機関名称 病院
保険医療機関コード [. .]

印

必ず記入のこと