

保 險 医 療 機 関  
保 險 薬 局 指 定 申 請 書

※番 号			
医療機関（薬局）コード（更新による申請の場合には現在のコードを記載してください。）			
① 病院 ・ 診療所 ・ 薬局	(フリガナ) 名 称		
	所在地	〒 - 電話 (局) 番 FAX (局) 番	
② 管理者 ・ 管理薬剤師	(フリガナ) 氏 名	(氏)	(名)
	保険医 ・ 保険薬剤師 ・ その他	保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号	医 歯 薬 第 号
③ 診 療 科 名			
④ 開設者（法人の場合は、代表者）	医師 ・ 歯科医師 ・ 保険医 薬剤師 ・ 保険薬剤師 ・ その他	保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号	医 歯 薬 第 号
⑤ 健康保険法第65条第3項第1号、 第3号から第5号のいずれか （指定欠格事由）に該当	有 ・ 無	該 当 す る 法 律 名	
		内 容	
		該 当 年 月 日	年 月 日
		処 分 権 者 等	
⑥ 医療法第30条の11の規定による 勧告	有 ・ 無	勧 告 年 月 日	年 月 日
⑦ 指定に係る病床種別ごとの病床数等	床 (うち、一般病床 床、療養病床 床、精神病床 床、結核病床 床、感染症病床 床) (特別の療養環境に係る病床 床 (個室 床、2人室 床、3人室 床、4人室 床))		

開設者の住所及び氏名（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）

上記のとおり申請します。  
平成 年 月 日

住 所 〒 -  
名 称  
(フリガナ)  
(職) 氏 名  
電 話 (局) 番

関東信越厚生局長 殿

印

1 保険医・保険薬剤師の氏名等

氏名	登録記号番号	担当診療科	勤務形態
			常勤・非常勤
			常勤・非常勤
			常勤・非常勤

注1 病院・診療所にあつては、管理者を除く保険医の氏名等を記載すること。また、薬局にあつては、管理薬剤師を除く保険薬剤師の氏名等を記載すること。なお、氏名は戸籍簿に記載されている漢字を必ず用いること。

注2 担当診療科が複数ある場合には、主たる診療科を最初に記載すること。また、科目名の間を一文字空けて記載すること。

注3 勤務形態欄は、常勤又は非常勤のいずれかに○をつけること。

注4 欄が足りない場合は、上記の記載事項を記入したもの（様式はA4縦）を別紙として本様式に添えて提出すること。

2 1に掲げる者以外の医師、歯科医師及び薬剤師のそれぞれの数

医師	歯科医師	薬剤師
人	人	人
(うち常勤 人・非常勤 人)	(うち常勤 人・非常勤 人)	(うち常勤 人・非常勤 人)

3 看護師、准看護師及び看護補助者のそれぞれの数

看護師	准看護師	看護補助者
人	人	人

注 病院又は療養病床を有する診療所のみ記載すること。

4 診療時間（開局時間）

--

注 保険医療機関（保険薬局）の指定後に予定している診療時間（開局時間）について、通常週（年末年始、祭日がない一週間）の状況が分かるように記載すること。

5 遡及申請の有無及び区分（有の場合は、下記の該当する番号に○をつけること。）

- (1) 保険医療機関等の開設者が変更となった場合で、前開設者の変更と同時に引き続いて開設され、患者が引き続き診療を受けている場合
- (2) 保険医療機関等の開設者が個人から法人組織に、又は法人組織から個人に変更となった場合で、患者が引き続いて診療を受けている場合
- (3) 保険医療機関が病院から診療所に、又は診療所から病院に組織変更となった場合で、患者が引き続いて診療を受けている場合
- (4) 保険医療機関等が至近の距離（原則として2km以内）に移転し同日付けで新旧医療機関等を開設・廃止した場合で、患者が引き続いて診療を受けている場合

6 指定希望日の有無 無 ・ 有 平成 年 月 日

- (1) 指定日の希望がある場合には、「有」を○で囲み希望月日を記載すること。ただし、指定申請書を提出した翌月の1日以降（当月の指定申請締切日以降に提出する場合は翌々月1日以降）とすること。
- (2) 指定日の希望がない場合には「無」を○で囲み、指定申請書を提出した翌月の1日（当月の指定申請締切日以降に提出する場合は翌々月の1日）に指定されます。

関東信越厚生局における指定申請に係る連絡票・指定希望日記載票

関東信越厚生局事務所等からの指定申請書及び添付書類に関する照会等の連絡が円滑に行われるよう連絡先を登録願います。  
また、指定希望日の有無及び有の場合の希望日を記入願います。

申請年月日		平成 年 月 日
名 称	法人名	(フリガナ)
	機関名	(フリガナ)
	TEL	(代表)
	FAX	
開 設 者	氏 名	(フリガナ)
	TEL	
更新申請の有無		有 ・ 無
遡及申請の有無及び区分	有・無	<p>(有の場合は、いずれかに○をつけること。)</p> <p>① 保険医療機関等の開設者が変更となった場合で、前開設者の変更と同時に引き続いて開設され、患者が引き続き診療を受けている場合</p> <p>② 保険医療機関等の開設者が個人から法人組織に、又は法人組織から個人に変更となった場合で、患者が引き続き診療を受けている場合</p> <p>③ 保険医療機関が病院から診療所に、又は診療所から病院に組織変更となった場合で、患者が引き続き診療を受けている場合</p> <p>④ 保険医療機関等が至近の距離(原則として2km以内)に移転し同日付けで新旧医療機関等を開設、廃止した場合で、患者が引き続き診療を受けている場合</p>
指定希望日(注)	有( 月 日) ・ 無	

注1 指定希望日の有無のいずれかを○で囲むこと。

注2 「有」の場合は、希望月日を記載すること。ただし、指定申請書を提出した翌月の1日以降(当月の指定申請締切日以降に提出する場合は翌々月1日以降)とすること。

注3 「無」の場合は、指定申請書を提出した翌月の1日(当月の指定申請締切日以降に提出する場合は翌々月の1日)に指定されます。