

< 記載例 >

保険薬局コード： _____

薬局名： _____ ○○薬局

保険医

◆新規指定の場合は、
保険薬局コードは
記載不要です。

を行わないことに関する確認

(「保険医療機関及び保
険発第22号)」第二の

伴う実施上の留意事項について (平成8年3月8日付

確認事項		はい	いいえ
ア	保険薬局指定申請を行う薬局の開設者 (法人たる薬局の役員を含む。) が近接的な位置関係にある保険医 (という) の開設者 (当該保険医療機関は、当該法人の役員を含む。) 又はその近親者ではない。	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
イ	保険薬局指定申請を行う薬局の開設者の資本関係が実質的に同一 (法人営営するものを含む。) ではない。	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
ウ	職員の勤務体制、医薬品の購入管理、調剤報酬の請求事務、患者の一部負担金の徴収に係る経理事務等が当該保険医療機関と明確に区分されている。	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
エ	当該保険医療機関との間で、いわゆる約束処方、患者誘導等が行われていない。	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
オ	保険薬局の開設にあたり、当該保険医療機関が公募を実施している。	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

◆ア～オの確認事項について
該当する方に「○」を
記入してください。

上記について相違ありません。

令和 年 月 日

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及び名称、代表者の職・氏名)

〒○○○-○○○

福岡県○○市○○町○○○

株式会社○○

代表取締役 九州 太郎

九州厚生局長 殿

◆開設者が個人の場合には、
個人名を記入してください。

[記載上の注意]

- それぞれの事項について、該当する欄に○を記入し、保険薬局指定申請書に添付すること。
- 土地建物が自己所有でない場合は、不動産の賃貸借関連書類の写しを併せて提出すること。
- 上記「オ」において「はい」に○を記入した場合、以下を添付すること。

①当該保険医療機関の公募に係る資料

新規指定時：保険薬局開設に当たって保険医療機関から提示された条件、契約に係る関係費用の詳細を含む
更新時：これまでの土地又は建物を賃貸借する際の賃料に係る資料を含む

②保険薬局が保険医療機関の公募に応じた際に提出した資料

- 保険医療機関と何らかの経済的な関係がある場合には、それに関する書類を併せて提出すること。