

保 険 医 療 機 関 指 定 申 請 書
保 険 薬 局

様式第一号（第三条関係）

※番号			
※医療機関（薬局）コード			
① 病院 ・ 診療所 ・ 薬局	(フリガナ) 名 称		
	所在地	〒 ー	
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 第 薬 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 第 薬 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 〒 ー
(フリガナ)
氏 名

東海北陸厚生局長 殿

電 話 番 号 (局) 番 印

記入上の注意

1 標題並びに①、②、④、⑤及び⑥の欄は、該当の文字を○で囲むこと。

ただし、⑤の欄については、平成18年10月1日前にした行為により罰金又は禁固以上の刑に処せられた場合は、無を○で囲むこと。

2 開設者が管理者または管理薬剤師であるときは、②の欄に斜線を引くこと。

3 ③の欄は、病院又は診療所に限り、その標榜する診療科名を記入すること。

4 ⑤の欄に有と○で囲んだ場合は、該当する法律名を記載すること。

また、内容欄に非該当となる年月日を記入すること。

健康保険法第65条第3項第3号の場合の該当法律

- | | |
|--------------|-------------------|
| ・ 健康保険法 | ・ 国家公務員共済組合法 |
| ・ 船員保険法 | ・ 国民健康保険法 |
| ・ 医師法 | ・ 薬事法 |
| ・ 歯科医師法 | ・ 薬剤師法 |
| ・ 保健師助産師看護師法 | ・ 地方公務員等共済組合法 |
| ・ 医療法 | ・ 高齢者の医療の確保に関する法律 |

同第5号の場合の該当法律

- | | |
|---------------|-------------------|
| ・ 健康保険法 | ・ 船員保険法 |
| ・ 国民健康保険法 | ・ 高齢者の医療の確保に関する法律 |
| ・ 地方公務員等共済組合法 | ・ 私立学校教職員共済法 |
| ・ 厚生年金保険法 | ・ 国民年金法 |

5 ⑥及び⑦の欄は、病院又は病床を有する診療所に限り記入すること、

6 ⑦の欄の特別の療養環境に係る病床とは、その利用について法律の規定に基づく費用の額を超える金額の支払いを受ける病床をいうものであること。

※の欄には記入しないこと

備考 この用紙は、A列4番とすること。