

保険医療機関・保険薬局指定申請書添付書類

1 保険医・保険薬剤師の氏名等

(フリガナ) 氏 名	医籍等登録番号	保険医・保険薬剤師 登録記号番号	常勤・非常勤の別	担当診療科

注1 病院・診療所は管理者を除く保険医の氏名等を記載し、薬局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。

注2 担当診療科が複数ある場合は、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 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
(常勤 人 非常勤 人)	(常勤 人 非常勤 人)	(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（病院又は療養病床を有する診療所のみ記載すること。）

看 護 師	准 看 護 師	看 護 補 助 者
人	人	人

4 診療時間（開局時間）

診療日（曜日）	診療時間	休診（休局）日 年末年始 お盆

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1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

遡及申請の有無		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
注 それぞれの第三者の利害関係に不利益を与えるおそれが全くないときに限るものであること。 有の場合は、下記の該当する番号に☑をつけること。			
<input type="checkbox"/> 1	開設者変更	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	
<input type="checkbox"/> 2	組織変更	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	
<input type="checkbox"/> 3	規模変更	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	
<input type="checkbox"/> 4	所在地変更	保険医療機関等が至近の距離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	

6 指定希望日の有無

<input type="checkbox"/> 有 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無
-------------------------------------	----------------------------

注1 「有」の場合は、希望年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2 「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）が指定年月日になるものであること。

