

受付

切替用

保険医療機関・薬局指定申請書

※保険医療機関(薬局)コード

Grid for insurance code

Main application form with sections 1-7: ① 病院・診療所・薬局, ② 管理者・管理薬剤師, ③ 診療科名, ④ 開設者(法人の場合は代表者), ⑤ 健康保険法第65条第3項第1号、3号から第5号のいずれか(指定欠格事由)に該当, ⑥ 医療法第30条の11の規定による勧告, ⑦ 病床数

※ 休床中の病床も含めて許可病床数を記入し、休床数を()内に記入すること。また、どの病床種別で何床が休床なのかわかるように内訳に記載すること。

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

開設者の氏名及び住所(※開設者が法人の場合は個人印ではなく法人印を押印して下さい。)

〒 [ ]-[ ]

北海道厚生局長 様

住所

氏名

印

担当者名 連絡先

※2枚目も同時に提出してください。

⑧ 保険医・保険薬剤師の数	保 険 医	人	⑨ 保険医でない医師及び保険 薬剤師でない薬剤師の数	医 師	人			
	保 険 薬 剤 師	人		薬 剤 師	人			
⑩ 病院・診療所における 医療従事者等の状況 (薬局は記入不要)	看 護 師	人	歯 科 衛 生 士	人				
	准 看 護 師	人	同 上 ( 助 手 )	人				
	看 護 助 手	人	歯 科 技 工 士	人				
	診 療 放 射 線 ( エ ッ ク ス 線 ) 技 師 数	人	管 理 栄 養 士	人				
⑪ 保険医・保険薬剤師の氏名等 (薬剤師の場合は診療科名不要) ※10名以上記入する場合は、確認作業円滑化のため、番号順での記載のご協力をお願いいたします。								
登録記号番号	診療科名	氏名	勤 務 形 態	登録記号番号	診療科名	氏名	勤 務 形 態	
		(転入年月日:平成 年 月 日)	常 勤 非 常 勤			(転入年月日:平成 年 月 日)	常 勤 非 常 勤	
		(転入年月日:平成 年 月 日)	常 勤 非 常 勤			(転入年月日:平成 年 月 日)	常 勤 非 常 勤	
		(転入年月日:平成 年 月 日)	常 勤 非 常 勤			(転入年月日:平成 年 月 日)	常 勤 非 常 勤	
		(転入年月日:平成 年 月 日)	常 勤 非 常 勤			(転入年月日:平成 年 月 日)	常 勤 非 常 勤	
⑫ 診療又は 開局時間	月曜～金曜	: ~ :	⑬ 管理者が他の病院・ 診療所を開設・管理 (勤務)しているとき	保険医療機関コード				
	土曜日	: ~ :		名 称				
	日曜・祝日	: ~ :		所 在 地				
	その他休診日等							

記入上の注意

1. 保険医療機関は⑪の薬剤師の氏名等、保険薬局は③の診療科名、その他⑦、⑩、⑬欄を記入しないこと。
2. ⑤の欄に「有」と〇で囲んだ場合は、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。
3. ⑦の内訳は、病院・診療所が記入すること。なお、⑪欄が不足するときは適宜補助紙を使用すること。
4. ⑫の曜日については、補正記入も差し支えない。なお、休診(局)日については曜日や日にちを、明確にすること。