

保険薬局指定申請の確認書類

保険薬局名称	保険薬局コード (指定更新の場合は記入)

	項目	はい	いいえ
1	<p>保険薬局の開設者（法人たる保険薬局の役員を含む。）が次の者である。</p> <p>① 保険医療機関の開設者（特定保険医療機関の開設者が法人の場合にあっては、当該法人の役員を含む。）</p> <p>② 保険医療機関の開設者と同居する近親者</p> <p>③ 保険医療機関の開設者と生計を一にする近親者</p> <p>※「はい」の欄に「○」を記した場合、上記①～③の該当する項目を「○」で囲んでください。</p>		
2	<p>保険薬局の開設者と保険医療機関の開設者との資本関係が実質的に同一である。（法人の場合にあっては当該法人の役員が経営するものを含む。）</p>		
3	<p>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特定保険医療機関と明確に区分されていない。（一体化している。）</p>		
4	<p>特定の保険医療機関との間で、いわゆる約束処方、患者誘導等を行っている。</p>		
5	<p>保険医又は保険医療機関より、土地又は建物を賃貸借している。</p>		

上記について相違ありません。

令和 年 月 日

関東信越厚生局長 殿

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）
 住所
 名称
 氏名

〔記載上の注意及び添付書類〕

1. 該当する欄に「○」を記入すること。
2. 「はい」に該当する場合は、当該状況を確認できる書類を添付すること。