

保険医療機関（在宅のみで診療を行う診療所）の指定（変更）申請に係る申立書

保険医療機関（在宅のみで診療を行う診療所）の指定（変更）申請にあたり、次のとおり申し立てます。

令和 年 月 日

関東信越厚生局長 殿

（申請者）

保険医療機関所在地

保険医療機関名称

開設者氏名

項番	指定に関する要件	申立事項	厚生局欄
1	無床診療所	無床診療所 ・ 有床診療所 ※ 該当事項に「○」を記載してください	
2	在宅医療を提供する地域  ※ 在宅医療を提供する範囲（行政地域、住所等）が確認できる地図等を添付してください。	（対象とする行政地域、住所等）	

3	<p>項番「2」で規定した在宅医療を提供する範囲（地域等）に係る被保険者等への周知方法</p> <p>※ 周知方法が確認できる書類（掲示物の写し、HP掲載内容等）を添付してください。</p>		
4	<p>項番「2」の地域の患者から、往診又は訪問診療を求められた場合に応需するための体制（医学的に正当な理由等で断る場合を除く）</p>	<p>① 担当者数：           名</p> <p>② 担当者の職種：</p> <p>③ 対応方法</p>	
5	<p>外来診療が必要な患者が訪れた場合の対応に伴う、地域医師会（歯科医療機関にあっては地域歯科医師会）から協力の同意。</p> <p>※ 同意文書等の同意が確認できる文書等の「写」を添付してください。</p>	<p>同意を得ている ・ 同意を得ていない</p> <p>※ 該当事項に「○」を記載してください</p>	
6	<p>外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できる2ヶ所以上の協力医療機関の確保状況（項番「2」で定めた地域内）</p> <p>※1 項番「5」で「同意を得ていない」に「○」を記載した場合は「項番6」の記載は必須。</p> <p>※2 3ヶ所以上確保している場合は、別紙（様式任意）に名称等を明記して添付してください。</p>	<p>（機関1）</p> <p>①名称：</p> <p>②所在地：</p> <p>③協力医療機関としての同意の有無（有 ・ 無）</p> <p>（機関2）</p> <p>①名称：</p> <p>②所在地：</p> <p>③協力医療機関としての同意の有無（有 ・ 無）</p>	
7	<p>項番「2」の地域内において在宅医療を提供し、在宅医療導入に係る相談に随時応じる体制（相談の応需方法）。</p>	<p>① 担当者数：           名</p> <p>② 担当者の職種：</p> <p>③ 対応方法</p>	

8	<p>項番「7」の相談の応需及び医療機関の連絡先等の周知方法。</p> <p>※ 周知方法が確認できる書類（掲示物の写し、HP掲載内容等）を添付してください。</p>		
9	<p>診療所の名称等の掲示内容</p> <p>※ 公道から望む掲示写真及び図面を添付してください。</p>	<p>① 診療所の名称の表示      あり ・ なし</p> <p>② 診療科目の表示            あり ・ なし</p> <p>③ 診療時間の表示            あり ・ なし</p> <p>④ 保険医療機関の標示      あり ・ なし</p>	
10	<p>患者等からの相談に応じる体制及び施設</p> <p>※ 相談に対応する設備が確認できる図面を添付してください。</p>	<p>① 担当者数：                  名</p> <p>② 担当者の職種：</p> <p>③ 相談対応の方法</p>	
11	<p>診療時間以外の対応・体制</p> <p>※ 随時連絡に応じることの周知方法が確認できる書類（掲示物の写し、HP掲載内容等）を添付してください。</p>	<p>① 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制</p> <p>② 担当者数：                  名</p> <p>③ 担当者の職種：</p> <p>④ 連絡先：</p> <p>⑤ 連絡先の周知方法</p>	