

保 險 医 療 機 関
保 險 薬 局 指 定 申 請 書

※番 号			
医療機関（薬局）コード（更新による申請の場合には現在のコードを記載してください。）			
① 病院 ・ 診療所 ・ 薬局	(フリガナ) 名 称		
	所在地	〒 - 電話 (局) 番 FAX (局) 番	
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 薬 第 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 薬 第 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 〒 -
名 称

(フリガナ)

関東信越厚生局長 殿

(職) 氏 名
電 話

(局) 番
印 番

1 保険医・保険薬剤師の氏名等

氏名	登録記号番号	担当診療科	勤務形態
			常勤・非常勤
			常勤・非常勤
			常勤・非常勤

注1 病院・診療所にあつては、管理者を除く保険医の氏名等を記載すること。また、薬局にあつては、管理薬剤師を除く保険薬剤師の氏名等を記載すること。なお、氏名は戸籍簿に記載されている漢字を必ず用いること。

注2 担当診療科が複数ある場合には、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 勤務形態欄は、常勤又は非常勤のいずれかに○をつけること。

注4 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
(うち常勤 人・非常勤 人)	(うち常勤 人・非常勤 人)	(うち常勤 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

看護師	准看護師	看護補助者
人	人	人

注 病院又は療養病床を有する診療所のみ記載すること。

4 診療時間（開局時間）

--

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、祭日がない一週間）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（有の場合は、下記の該当する番号に○をつけること。）

- (1) 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
- (2) 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、患者が引き続いて診療を受けている場合
- (3) 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、患者が引き続いて診療を受けている場合
- (4) 保険医療機関等が至近の距離（原則として2km以内）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、患者が引き続いて診療を受けている場合

6 指定希望日の有無 無 ・ 有 平成 年 月 日

- (1) 指定日の希望がある場合には、「有」を○で囲み希望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。
- (2) 指定日の希望がない場合には「無」を○で囲み、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）に指定されます。