

< 記載例 >

様式第一号の三（第三条関係）

| | | | | | | | | |
|--------------|---|---|--|--|---|---|------------|--------------------------|
| ※番号 | 号 | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;">保 険 医 療 機 関</div> 保 険 薬 局 指 | | <div style="border: 1px dashed red; padding: 5px; color: red;">保険医療機関又は保険薬局のどちらかを で囲んでください。</div> | | | | |
| ※医療機関（薬局）コード | | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;">生活保護法指定医療機関</div> | | <div style="border: 1px dashed red; padding: 5px; color: red;">生活保護法の指定医療機関の指定申請を併せて行う場合は、 で囲んでください。</div> | | | | |
| ① | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;">病 院</div> ・ 診 療 所 ・ 薬 局 | (フリガナ) 名 称 キュウシュウコウセイキョクビョウイン 九州厚生局病院 | 〒 | 福 岡 県 福 岡 市 区 | | | | |
| ② | 保険医療機関の <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;">管理 者</div> 管理薬剤師 | (フリガナ) 氏 名 キュウシュウ タロウ 九州 太郎 | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;">保 険 医</div> ・ 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 | 福医 | | | |
| ③ | 健康保険法第70条の2第1項に掲げる保険医療機関の管理者の要件を満たしている旨 | <input type="checkbox"/> | <div style="border: 1px dashed red; padding: 5px; color: red;">管理者の要件を満たしている場合は、 チェックを入れてください。</div> | | | | | |
| ④ | 診 療 科 名 | 内科、外科、整形外科 | | <div style="border: 1px dashed red; padding: 5px; color: red;">複数の診療科がある場合は、主たる診療科を最初に記入してください。</div> | | | | |
| ⑤ | 開設者（法人の場合は代表者） | 医師・歯科医師 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;">保 険 医</div> 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 | 福医 | | | | |
| ⑥ | 健康保険法第65条第3項第1号、第3号から第5号までのいずれか（指定欠格事由） | 有 ・ <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;">無</div> | 該当する法律名 | | | | | |
| | | | 内 容 | <div style="border: 1px dashed red; padding: 5px; color: red;">指定欠格事由に該当「有」の場合のみ 記入してください。</div> | | | | |
| | | | 該 当 年 月 日 | | | | | |
| ⑦ | 医療法第30条の11の規定による勸告 | 有 ・ <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;">無</div> | 処分権者等 | | | | | |
| | | | 勸 告 年 月 日 | <div style="border: 1px dashed red; padding: 5px; color: red;">医療法第30条の11の規定による勸告を受けている場合のみ記入してください。</div> | | | | |
| ⑧ | 医療法第30条の18の6の規定による要請又は勧告 | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;">有</div> ・ 無 | <div style="border: 1px dashed red; padding: 5px; color: red;">「有」の場合のみ、該当する方に チェックを入れてください。</div> | | <input type="checkbox"/> 要請又は勧告に従っている <input type="checkbox"/> 要請又は勧告に従っていない | | | |
| ⑩ | 生活保護法の指定医療機関の申請を併せて行う | <input type="checkbox"/> | ⑪ | 生活保護法第49条の2第2項第2号から第9号まで（指定欠格事由）に該当しない旨の誓約 | <input type="checkbox"/> | ⑫ | 国の開設した医療機関 | <input type="checkbox"/> |
| | | | 50 床 | （うち、一般病床 30 床、療養病床 20 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 5 床（個室 3 床、2人室 2 床、3人室 床、4人室 床）） | | | | |

生活保護法の指定医療機関の指定申請を併せて行う場合は、 ~ の当てはまるもの全てにチェックを入れてください。

上記のとおり申請します。
令和 年 月 日

開設者の氏名及び住所（法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地）

〒 福 岡 県 市 町
 医療法人 理事長 九州 太郎
 電話番号 ()

開設者が個人の場合には、
個人名をお書きください。

九州厚生局長 殿

| | | | | |
|------------------|-----|------------------------------|-------|--------------|
| 医療機関又は 薬局の連絡先 | 名称 | 九州厚生局病院 | 電話番号 | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 |
| | 所在地 | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福岡県福岡市〇〇区〇〇〇〇〇 | FAX番号 | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 |

1 ①保険医・保険薬剤師の氏名等

| 勤務区分 | 医籍等登録番号 | 保険医又は保険薬剤師 の登録記号及び番号 | (フリガナ) 氏名 | 担当診療科 | 採用年月日 |
|------|---------|-------------------------|---------------------|-------|--------------|
| 常・非 | 第 〇〇〇 号 | (福) 医・歯・薬 〇〇〇〇〇号 | キョウシュウ タロウ 九州 太郎 | 内科 | RO 年 〇 月 〇 日 |
| 常・非 | 第 〇〇〇 号 | (福) 医・歯・薬 〇〇〇〇〇号 | コウセイ ハナコ 厚生 花子 | 内科 | RO 年 〇 月 〇 日 |
| 常・非 | 第 〇〇〇 号 | (福) 医・歯・薬 〇〇〇〇〇号 | ケンコウ ハジメ 健康 一 | 外科 | RO 年 〇 月 〇 日 |
| 常・非 | 第 〇〇〇 号 | (福) 医・歯・薬 〇〇〇〇〇号 | ホケン ユキコ 保険 幸子 | 整形外科 | RO 年 〇 月 〇 日 |
| 常・非 | 第 〇〇〇 号 | (福) 医・歯・薬 〇〇〇〇〇号 | イリョウ オサム 医療 修 | 小児科 | RO 年 〇 月 〇 日 |
| 常・非 | 第 〇〇〇 号 | (福) 医・歯・薬 〇〇〇〇〇号 | アンゼン マモル 安全 守 | 歯科 | RO 年 〇 月 〇 日 |

②保険医・保険薬剤師の数

| 医師 | 歯科医師 | 薬剤師 |
|------------------|-----------------|----------------|
| 常勤: 3人 ・ 非常勤: 2人 | 常勤: 1人 ・ 非常勤: 人 | 常勤: 人 ・ 非常勤: 人 |

2 1に掲げる者以外の医師、歯科医師及び薬剤師の数(保険医・保険薬剤師以外)

| 医師 | 歯科医師 | 薬剤師 |
|----|------|-----|
| 人 | 人 | 人 |

3 看護師、准看護師、看護補助者の数

| 看護師 | 准看護師 | 看護補助者 |
|-----|------|-------|
| 3人 | 6人 | 9人 |

4 その他の従事者の数

| 診療放射線技師 | 助産師 | 検査技師 | 栄養士 | 管理栄養士 | 歯科技工士 | |
|---------|--------------------|------|-----|-------|-------|-----|
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | |
| 歯科衛生士 | ◆該当する曜日を○で囲んでください。 | | | 療法士 | 言語聴覚士 | その他 |
| | | | 人 | 人 | 人 | |

5 診療時間(開局時間)

| | | |
|------|-----------------|--|
| 診療時間 | 月 火 水 木 金 土・日・祝 | 9時 00分～ 12時 30分 / 13時 30分～ 18時 00分 |
| | 月・火・水・木・金 土 日・祝 | 9時 00分～ 12時 30分 / 時 分～ 時 分 |
| | 月・火・水・木・金・土・日・祝 | 時 分～ 時 分 / 時 分～ 時 分 |
| 休診日 | 月・火・水・木・金・土 日 祝 | お盆 (8月13日 ～ 8月15日) 年末年始 (12月30日 ～ 1月3日) |

備考

◆診療時間(開局時間)を書ききれない場合は、この欄に記入してください。