

保 険 医 療 機 関 指 定 申 請 書
保 険 薬 局

※番 号				
※医療機関（薬局）コード				
① 病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局	(フリガナ) 名 称			
	所 在 地	〒 ー		
② 保 険 医 療 機 関 の 管 理 者 ・ 管 理 薬 剤 師	(フリガナ) 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		
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"/>			
④ 診 療 科 名				
⑤ 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		
	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) に 該 当	有 ・ 無	該 当 す る 法 律 名	
内 容				
該 当 年 月 日				
処 分 権 者 等				
⑦ 医 療 法 第 30 条 の 11 の 規 定 に よ る 勧 告	有 ・ 無	勧 告 年 月 日		
⑧ 医 療 法 第 30 条 の 18 の 6 の 規 定 に よ る 要 請 又 は 勧 告	有 ・ 無	左 欄 で 有 の 場 合	<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	
⑨ 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))		

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）
〒

九州厚生局長 殿

電話番号 ()

(裏 面)

記入上の注意

1. 標題並びに①、②、⑤、⑥及び⑦の欄は、該当の文字を○で囲むこと。③及び⑧の欄は、該当する場合、□にチェックをすること。

ただし、⑥の欄については、平成 18 年 10 月 1 日前にした行為により罰金又は禁錮以上の刑に処せられた場合は、無を○で囲むこと。

2. 開設者が保険医療機関の管理者又は管理薬剤師であるときは、②の欄に斜線を引くこと。
3. ③の欄は、保険医療機関の指定の場合に限り記入すること。
4. ④の欄は、病院又は診療所に限り、その標榜する診療科名を記入すること。
5. ⑥の欄に有と○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。

健康保険法第 65 条第 3 項第 3 号の場合の該当法律

- | | |
|-------------|----------------------------------|
| ・健康保険法 | ・国民健康保険法 |
| ・船員保険法 | ・医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 |
| ・医師法 | ・薬剤師法 |
| ・歯科医師法 | ・地方公務員等共済組合法 |
| ・保健師助産師看護師法 | ・高齢者の医療の確保に関する法律 |
| ・医療法 | ・再生医療等の安全性の確保等に関する法律 |
| ・私立学校教職員共済法 | ・臨床研究法 |
| ・国家公務員共済組合法 | |

同項第 5 号の場合の該当法律

- | | |
|--------------|------------------|
| ・健康保険法 | ・船員保険法 |
| ・国民健康保険法 | ・高齢者の医療の確保に関する法律 |
| ・地方公務員等共済組合法 | ・私立学校教職員共済法 |
| ・厚生年金保険法 | ・国民年金法 |

6. ⑦及び⑨の欄は、病院又は病床を有する診療所に限り記入すること。
7. ⑧の欄は、病床を有さない診療所に限り記入すること。
8. ⑨の欄の特別の療養環境に係る病床とは、その利用について法律の規定に基づく費用の額を超える金額の支払いを受ける病床をいうものであること。

※の欄には、記入しないこと。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

保険医療機関・保険薬局指定申請書 添付書類

医療機関又は 薬局の連絡先	名称		電話番号	
	所在地	〒 ー	FAX番号	

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 号	() 医・歯・薬 号			年 月 日
常・非	第 号	() 医・歯・薬 号			年 月 日
常・非	第 号	() 医・歯・薬 号			年 月 日
常・非	第 号	() 医・歯・薬 号			年 月 日
常・非	第 号	() 医・歯・薬 号			年 月 日
常・非	第 号	() 医・歯・薬 号			年 月 日

②保険医・保険薬剤師の数

医 師		歯科医師		薬剤師	
常勤:	人	非常勤:	人	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	
人		人		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	歯科助手	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	その他
人	人	人	人	人	人

5 診療時間(開局時間)

診療時間	月・火・水・木・金・土・日・祝	時 分～ 時 分 / 時 分～ 時 分	
	月・火・水・木・金・土・日・祝	時 分～ 時 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 (月 日 ～ 月 日)	年 末 年 始 (月 日 ～ 月 日)
備 考			

(裏面)

記入上の注意

- 1 1の①の「勤務区分」の欄は、常勤であれば「常」を、非常勤であれば「非」を○で囲むこと。
- 2 1の①の「医籍等登録番号」の欄は、医籍登録番号・歯科医籍登録番号・薬剤師名簿登録番号を記入すること。
- 3 1の①の「保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号」の欄の()は、記号の漢字を記入すること。また(医・歯・薬)は、該当するものを○で囲むこと。
- 4 1の①の「氏名」の欄は、病院・診療所にあつては、保険医の氏名等を記入すること。また、薬局にあつては、保険薬剤師の氏名等を記入すること。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。
- 5 1の①の「担当診療科」の欄の記入において、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入すること。また、科目名の間を一文字空けて記入すること。
- 6 1の①の欄が足りない場合は、同様の記載事項を記入したものを別紙として、本様式に添えて提出すること。
- 7 5の欄は、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)について記入すること。また、「月・火・水・木・金・土・日・祝」は、該当するものをそれぞれ○で囲むこと。
- 8 保険医療機関・保険薬局指定申請書の届出に必要なその他の添付書類については、添付書類一覧表にて確認すること。