

<記載例>

保険医療機関

保険薬局 指定申請書

※番号	号				
※医療機関（薬局）コード					
① 病院・診療所・薬局	(フリガナ) 名称	キョウシュウコウセイキョクビョウイン 九州厚生局病院			
	所在地	〒〇〇〇—〇〇〇〇 福岡県福岡市〇〇区〇〇〇〇〇			
② 管理者・管理薬剤師	(フリガナ) 氏名	キョウシュウ 九州 タロウ 太郎			
	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	福医〇〇〇〇〇		
③ 診療科名	内科、外科、整形外科 ◆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。				
④ 開設者	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	福医〇〇〇〇〇		
⑤ 健康保険法第65条第2項第1号 第3号が欠格事由	有・無	該当する法律名	◆指定欠格事由に該当「有」の場合のみ 記入してください。		
		内 容			
		該 当 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	◆医療法30条の11の規定による勧告を 受けている場合のみ記入してください。		
⑦ 指定に係る病床種別ごとの病床数等	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))				

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及び名称、代表者の職氏名)

上記のとおり申請します。
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

〒〇〇〇—〇〇〇〇
福岡県〇〇市〇〇町〇〇〇〇

注開設者が個人の場合は、
個人名をお書きください。

九州厚生局長 殿

医療法人〇〇〇 理事長 九州 太郎
電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

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	キュウシュウ 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	イロウ 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	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

◆該当する曜日を○で囲んでください。

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。	