

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	〒	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
				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
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	(月 日 ~ 月 日)	(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。