【報告②】施設基準等の各種報告について（薬局・総括表）

※ 「本総括表」と「保険薬局における施設基準届出状況報告書（別紙様式３）」については、必ず提出してください。
※ 「調剤基本料の注８の後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局に係る報告書（様式87）」については、処方箋受付回数が1月に600回を超える保険薬局であって、後発医薬品調剤体制加算の施設基準のいずれにも該当しない保険薬局において、作成のうえ提出してください。
※ 「添付の有無」欄は該当するものに☑してください。

様式番号	報告書名称	添付の有無
薬局01	保険薬局における施設基準届出状況報告書（別紙様式３）	□ 有（必ず提出してください）
薬局02	調剤基本料の注８の後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局に係る報告書（様式87）	□ 有 □ 無 （□ 後発医薬品調剤体制加算届出済み □ 処方箋の受付回数が１月に600回以下）

別添のとおり報告します。

令和　　年　　月　　日

保険薬局の所在地及び名称

所在地　〒　　－

名称

開設者名

保険薬局コード

報告担当者所属課所名

報告担当者名　（　　）

電話番号　（　　）　　－

四国厚生支局長　殿