

保険医療機関・保険薬局名称	東北厚生局病院	担当者氏名(連絡先電話番号)	(- -)
---------------	---------	----------------	---------

1 勤務している保険医・保険薬剤師(管理者以外) 管理者を除く勤務医(保険医)について記入してください。

フリガナ 氏名	医籍等登録番号	保険医又は保険薬剤師の 登録の記号及び番号	常勤・非常勤の別	担当診療科	採用年月日
トウホク イチロウ 東北 一郎		城 医 歯 薬 号	常 勤 非常勤	内科	年 月 日
トウホク ジロウ 東北 二郎		城 医 歯 薬 号	常 勤 非常勤	外科、内科	年 月 日
トウホク サブロウ 東北 三郎		城 医 歯 薬 号	常 勤 非常勤	整形外科	年 月 日

注1 氏名は戸籍簿に記載されている漢字を用いること。また、選択肢のある欄は、該当するものを で囲むこと。

注2 欄が足りない場合は、上記の記載事項を記入したもの(様式はA4)を別紙として本様式に添えて提出 保険医の登録をしていない医師等がいる場合は記入してください。(いない場合は「0」と記入してください。)

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

医 師	歯 科 医 師	薬 剤 師
0 .. (うち、非常勤 ..)	0 .. (うち、非常勤 ..)	0 .. (うち、非常勤 ..)

3 保険医等数 該当箇所的人数を記入してください。

常勤医師	4 人	非常勤医師	人	常勤歯科医師	人	非常勤歯科医師	人	常勤薬剤師	2 人	非常勤薬剤師	人	診療放射線技師	1 人
看護師	25 人	助産師	人	准看護師	5 人	看護補助者	3 人	臨床検査技師	2 人	栄養士	人	管理栄養士	1 人
歯科技工士	人	歯科衛生士	人	歯科助手	人	理学療法士	2 人	作業療法士	1 人	事務員	6 人	その他	人

4 診療時間(開局時間) 欄が不足する場合は、A4用紙に診療(開局)時間等が明確に分かるよう記入したものを別紙として添付してください。

診療時間 (開局時間)	月・火・水・木・金・土・日・祝	8 時 30 分 ~ 12 時 00 分 / 14 時 00 分 ~ 18 時 00 分	備 考
	月・火・水・木・金・土・日・祝	8 時 30 分 ~ 12 時 00 分 / 時 分 ~ 時 分	
休診日 (閉局日)	月・火・水・木・金・土・日・祝	8 時 30 分 ~ 12 時 00 分 / 14 時 00 分 ~ 16 時 00 分	
	月・火・水・木・金・土・日・祝	年 末 年 始 / お 盆 12 月 30 日 ~ 1 月 3 日 / 8 月 13 日 ~ 8 月 13 日	

注1 保険医療機関(保険薬局)の指定後に予定している、通常週(年末年始、祝日がない一週間)の診療(開局)時間について、該当する曜日を で囲み、時間を記入すること。

注2 「年末年始」、「お盆」を休診(閉局)とする場合、該当欄に記入すること。

5 病棟・病床の種類(病院・有床診療所の場合)

病棟の種類別	病棟数	病床数	病床の内訳(定員数・室数)
一般	1棟	30床	個室(6室)・2人室(2室)・3人室(室)・4人室(5室)・人室(室)・人室(室)
療養	1棟	20床	個室(室)・2人室(室)・3人室(室)・4人室(5室)・人室(室)・人室(室)
	棟	床	個室(室)・2人室(室)・3人室(室)・4人室(室)・人室(室)・人室(室)
	棟	床	個室(室)・2人室(室)・3人室(室)・4人室(室)・人室(室)・人室(室)

注 病棟の種類別には医療法に基づく病床種別(「一般」、「療養」、「精神」、「感染症」、「結核」)を記載し、種別毎の病棟数、病床数及びその内訳を記入すること。

次の「6」及び「7」については、新規の指定申請時のみ記入すること。(指定更新及び指定変更に係る申請時は記入不要)

6 遡及申請の有無及び区分

遡及申請の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	遡及申請の有無が「有」の場合は、下記理由(1~5)のうち該当する番号を で囲むこと。 なお、いずれの場合も第三者の権利関係に不利益を与えるおそれがないこと。
1		保険医療機関等の経営譲渡又は合併により開設者が変更となった場合で、前開設者の変更と同時に開設され、患者が引き続いて診療を受けている場合
2		保険医療機関等の前開設者の死亡・病気等のため、血族その他勤務する保険医等が引き続き開設者となって診療を継続する場合で、患者が引き続いて診療を受けている場合
3		保険医療機関等の開設者が個人から法人組織に、又は法人組織から個人に変更となった場合で、患者が引き続いて診療を受けている場合
4		保険医療機関が病院から診療所に、又は診療所から病院に組織変更となった場合で、患者が引き続いて診療を受けている場合
5		保険医療機関等が至近に移転し同日付けで新旧医療機関等を開設・廃止した場合で、患者が引き続いて診療を受けている場合

注 いずれも旧保険医療機関等と実態が変わらないと判断される場合に限る。このため「有」として届出する場合は、事前に各県事務所(宮城県は東北厚生局指導監査課)へ確認のうえで提出すること。

7 指定希望日

指定希望日の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	指定希望日	令和 年 月 日
----------	---------------------------------------	-------	----------

注1 指定日は原則として指定申請書を提出した翌月1日(当月の指定申請書提出期限以降の提出の場合は翌々月1日)となるため、その翌日以降の指定を希望する場合、「有」を で囲み、指定希望日を記入すること。

注2 「6」遡及申請の有無が「有」の場合、指定希望の有無欄は「有」を で囲み、旧保険医療機関又は旧保険薬局の廃止日の翌日を記入すること。

注3 上記、注1及び注2に該当しない場合は「無」を 印で囲み、指定希望日は空欄とすること。なお、指定日は指定申請書を提出した翌月の1日(当月の指定申請書提出期限以降の提出の場合は翌々月1日)となります。

(指定申請書の提出期限については、各県事務所(宮城県は東北厚生局指導監査課)へお問合せください。)