

保険薬局の指定申請に係る確認書類

保険薬局の指定を受けようとするすべての薬局がご回答ください。

項目	はい	いいえ
① 保険薬局の開設者(※)が次の者である。 ㊦ 保険医療機関の開設者(※) ㊧ 保険医療機関の開設者と同居する近親者 ㊨ 保険医療機関の開設者と生計を一にする近親者 ※開設者が法人の場合にあつては、当該法人の役員を含む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 保険薬局の開設者と保険医療機関の開設者の間の資本関係が実質的に同一である。 ※法人の場合にあつては、当該法人の役員が経営するものを含む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 職員の勤務体制、医薬品の購入管理、調剤報酬の請求事務、患者の一部負担金の徴収に係る経理事務等が保険医療機関と明確に区分されていない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 保険医療機関との間で、いわゆる約束処方、患者誘導等を行っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 土地又は建物を保険医療機関と賃貸借している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※該当する欄に○印を記入

上記について相違ありません。

平成 年 月 日

所在地
名 称

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)

電話番号 — — (担当:)

印

東北厚生局長 殿

※保険医療機関以外と賃貸借している場合についても、契約書の写しを添付してください。

必要に応じて、別途、書類を提出していただくことがあります。