

保 険 医 療 機 関
保 険 薬 局 指 定 申 請 書

※番 号			
※医療機関(薬局)コード			
① 病院・診療所・薬局	(フリガナ) 名 称		
	所 在 地	〒 —	電話 (局) 番 FAX (局) 番
② 管理者・管理薬剤師	(フリガナ) 氏 名	(氏)	(名)
	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	医 第 号 歯 第 号 薬
③ 診 療 科 名			
④ 開設者(法人の場合は、代表者)	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	医 第 号 歯 第 号 薬
⑤ 健康保険法第65条第3項第1号、 第3号から第5号のいずれか(指定 欠格事由)に該当	有・無	該 当 す る 法 律 名	
		内 容	
		該 当 年 月 日	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	勸 告 年 月 日	年 月 日
⑦ 指定に係る病床種別ごとの病床数 等	床	(うち、一般病床 床、療養病床 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 床 (個室 床、2人室 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、名称及び代表者の職氏名)

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

東海北陸厚生局長 殿

住 所 〒 —

(フリガナ)

氏 名

電 話 番 号

(局)

印

番

様式第一号(第三条関係)

記入上の注意

1 標題並びに①、②、④、⑤及び⑥の欄は、該当の文字を○で囲むこと。

ただし、⑤の欄については、平成18年10月1日前にした行為により罰金又は禁固以上の刑に処せられた場合は、無を○で囲むこと。

2 開設者が管理者または管理薬剤師であるときは、②の欄に斜線を引くこと。

3 ③の欄は、病院又は診療所に限り、その標榜する診療科名を記入すること。

4 ⑤の欄に有と○で囲んだ場合は、該当する法律名を記載すること。

また、内容欄に非該当となる年月日を記入すること。

健康保険法第65条第3項第3号の場合の該当法律

- | | |
|--------------|-------------------|
| ・ 健康保険法 | ・ 国家公務員共済組合法 |
| ・ 船員保険法 | ・ 国民健康保険法 |
| ・ 医師法 | ・ 薬事法 |
| ・ 歯科医師法 | ・ 薬剤師法 |
| ・ 保健師助産師看護師法 | ・ 地方公務員等共済組合法 |
| ・ 医療法 | ・ 高齢者の医療の確保に関する法律 |

同第5号の場合の該当法律

- | | |
|---------------|-------------------|
| ・ 健康保険法 | ・ 船員保険法 |
| ・ 国民健康保険法 | ・ 高齢者の医療の確保に関する法律 |
| ・ 地方公務員等共済組合法 | ・ 私立学校教職員共済法 |
| ・ 厚生年金保険法 | ・ 国民年金法 |

5 ⑥及び⑦の欄は、病院又は病床を有する診療所に限り記入すること、

6 ⑦の欄の特別の療養環境に係る病床とは、その利用について法律の規定に基づく費用の額を超える金額の支払いを受ける病床をいうものであること。

※の欄には記入しないこと

備考 この用紙は、A列4番とすること。

保険医療機関・保険薬局 指定申請書 添付書類

1. 保険医・保険薬剤師の氏名等

(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
			常勤・非常勤	
			常勤・非常勤	
			常勤・非常勤	

注1 病院・診療所にあつては、管理者を除く保険医の氏名等を記載すること。また、薬局にあつては、管理薬剤師を除く保険薬剤師の氏名等を記載すること。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。

注2 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載すること。また、科目名の間を一字空けて記載すること。

注3 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縦)を別紙として本様式に添えて提出すること。

2. 1に掲げる者以外の医師、歯科医師及び薬剤師のそれぞれの数

医 師	歯 科 医 師	薬 剤 師
人	人	人
(うち常勤 人・非常勤 人)	(うち常勤 人・非常勤 人)	(うち常勤 人・非常勤 人)

3. 看護師、准看護師及び看護補助者のそれぞれの数

看 護 師	准 看 護 師	看 護 補 助 者
人	人	人

注 病院又は療養病床を有する診療所のみ記載すること。

4. 診療時間(開局時間)

--

注 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、通常週(年末年始、祭日がない一週間)の状況が分かるように記載すること。

5. 遡及申請の有無及び区分 有・無

(有の場合は、下記の該当する番号に○をつけ、指定希望年月日を記載すること。)

注 それぞれの第三者の利害関係に不利益を与えるおそれが全くないときに限るものであること。

- (1) 同一施設において単に開設者変更があったのみで、入院その他の診療を引き続き行っている場合。
 なお、開設者の変更とは次の場合である。
- ① 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る場合、経営譲渡又は合併により引き続き開設者となる場合。
 - ② 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。
- (2) 保険医療機関等を至近に移転し、同日付で新旧保険医療機関等を開廃して、入院その他の診療を引き続き行っている場合。(移転後の診療所と移転前の診療所との距離が至近の場合に限る。)
- (3) 保険医療機関が「病院」から「診療所」に、又は「診療所」から「病院」に変更となり、入院その他の診療を引き続き行っている場合。

指定希望年月日 平成 年 月 日

※ 病院の場合は「使用許可書」、診療所の場合は「使用許可証」又は「許可書」若しくは「届出」、国の開設する病院又は診療所の場合は「承認書」又は「通知書」、薬局の場合は「許可証」のそれぞれの写しを添付すること。

保 険 医 療 機 関 指 定 変 更 申 請 書

※番 号			
医療機関コード			
① 病 院 ・ 診 療 所	(フリガナ) 名 称		
	所 在 地	〒 ー	
② 医 療 法 第 3 0 条 の 1 1 の 規 定 による 勸 告	有 ・ 無	勸 告 年 月 日	年 月 日
③ 変 更 後 の 指 定 に 係 る 病 床 種 別 ご と の 病 床 数 等	床 (うち、一般病床 床、療養病床 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 床 (個室 床、2人室 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、名称及び代表者の職氏名)

上記のとおり申請します

住 所 〒 ー

平成 年 月 日

氏 名

東海北陸厚生局長 殿

印

電 話 番 号 (局) 番

記入上の注意

- ①及び②の欄は、該当の文字を○で囲むこと。
- ③の欄の特別の療養環境に係る病床とは、その利用について法律の規定に基づく費用の額を超える金額の支払いを受ける病床をいうものであること。

※の欄には、記入しないこと。

保険医療機関 指定変更申請書 添付書類

1 医師及び歯科医師のそれぞれの数

医 師	歯 科 医 師
人	人
(うち常勤 人・非常勤 人)	(うち常勤 人・非常勤 人)

2 看護師、准看護師及び看護補助者のそれぞれの数

看 護 師	准 看 護 師	看 護 補 助 者
人	人	人

注 病院又は療養病床を有する診療所のみ記載すること。

※ 病院の場合は「使用許可書」、診療所の場合は「使用許可証」又は「許可書」若しくは「届出」、国の開設する病院又は診療所の場合は「承認書」又は「通知書」のそれぞれの写しを添付すること。

医療機関（薬局）コード				保 険 医 療 機 関 保 険 薬 局		届出事項変更（異動）届	
医療機関（薬局）名称							
保険医療機関 又は 保険薬局の 名称	変更前	(フリガナ)			変 更 年 月 日		
	変更後	(フリガナ)			平成 年 月 日		
開設者名 又は 代表者名 (法人の場合は 法人名及び 代表者職氏名)	変更前	(氏 名)			変 更 年 月 日		
	変更後	(フリガナ)			平成 年 月 日		
		保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号	医 歯 薬	号	医籍等登録番号		
管 理 者 又は 管理薬剤師	変更前	(氏 名)			変 更 年 月 日		
	変更後	(フリガナ)			平成 年 月 日		
		保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号	医 歯 薬	号	医籍等登録番号		
保 険 医 又は 保険薬剤師	勤務者 (新規 採用を 含む)	(フリガナ)			異 動 年 月 日		
		(氏 名)			平成 年 月 日		
		保険医又は保険薬剤師 の登録の記号及び番号	医 歯 薬	号	医籍等登録番号		
	常勤・非常勤の別	常勤 ・ 非常勤		担当診療科名			
	退職者	(フリガナ)			異 動 年 月 日		
(氏 名)			平成 年 月 日				
保険医療機関 又は保険薬局の 廃止・休止・再開	区分	廃止 ・ 休止 ・ 再開			廃止・休止・再開年月日		
	理由				平成 年 月 日		
健康保険法 第80条第7号 から第9号までの いずれかに該当	該当する法律名						
	内 容						
	該当する年月日						
	処分権者等						
その他の変更 住居表示の変更、 診療科目、診療時間 (開局時間)、病床 数変更	変更前				変 更 年 月 日		
	変更後				平成 年 月 日		

上記のとおり変更、異動等が生じたので、届け出します。

開設者の氏名及び住所

平成 年 月 日

(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)

東海北陸厚生局長 殿

印

電話番号

()

保 険 医 療 機 関 指 定 辞 退 申 出 書
保 険 薬 局

医療機関（薬局）コード				
病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局	名 称	(フリガナ)		
	所 在 地	〒		
辞退希望年月日及び辞退の事由 ※ 申出日の翌日から 1 ヶ月以上の予告期間を設けること。	平成 年 月 日	事由		

指定登録に関する省令第10条により申し出ます。

平成 年 月 日

東海北陸厚生局長 殿

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 ()

印

医療機関（薬局）コード		保 険 医 療 機 関 保 険 薬 局 指定通知書再交付申請書	
病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局	名 称	(フリガナ)	
	所 在 地	〒	
再 交 付 申 請 の 理 由	紛 失 ・ き 損		

※ き損の場合は、き損した保険医療機関又は保険薬局の指定通知書を添付すること。

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

東海北陸厚生局長 殿

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 ()

印