〔別紙2〕

保険薬局指定申請書の確認書類（更新用）

・ はい又はいいえにチェックを入れ、保険薬局指定申請書に添付すること。

	項目	はい	いいえ
1	保険薬局の開設者（法人たる保険薬局の役員を含む。）が当該保険医療機関の開設者（特定保険医療機関の開設者が法人の場合にあっては、当該法人の役員を含む。）又は開設者と同居又は開設者と生計を一にする近親者ではない。		
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はない。（法人の場合にあっては当該法人の役員が経営するものを含む。）		
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特定保険医療機関と明確に区分されている。		
4	特定の保険医療機関との間で、いわゆる約束処方、患者誘導等が行われていない。		
5	不動産の賃貸借関連書類や財務諸表等の経営に関する書類等の提出がある。（※）		
6	特定の保険医療機関が実施している、保険薬局の開設に係る公募に参加しているか。		

上記について相違ありません。

令和　　年　　月　　日

保険薬局の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）

〒□□□－□□□□

北海道厚生局長　殿

住所

氏名

【添付書類】

（※）以下のいずれかの書類を提出すること。

○ 土地又は建物の賃貸借契約書の写し （土地、建物が自己所有ではない場合）

○ 土地建物登記簿謄本 （土地、建物が自己所有である場合）

○ 貸借対照表 （直近のもの）

○ 損益計算書 （直近のもの）

○ 当該保険医療機関の公募に係る資料（公募に参加している場合）