

(表 面)

様式第一号の三（第三条関係）

※番号		保 険 医 療 機 関 保 険 薬 局 指 定 申 請 書			
※医療機関(薬局)コード		生活保護法指定医療機関			
① 病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局		名 称			
		所 在 地	〒		
② 管 理 者 ・ 管 理 薬 剤 師		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		
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		
⑤ 健康保険法第65条第3項第1号、 第3号から第5号までのいずれ 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		
			処 分 権 者 等		
⑥ 医療法第30条の11の規定による 勧告		有 ・ 無	勧 告 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))			
⑧ 生活保護法の指定医療機関の 申請を併せて行う		☐	⑨ 生活保護法第 49 条の 2 第 2 項第 2 号から第 9 号ま で(指定欠格事由)に該当しない旨の誓約	☐	⑩ 国の開設した医療機関
		☐			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

四国厚生支局長 殿

開設者の氏名及び住所

住 所 〒

氏 名

(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)

所 在 地 〒

名 称

代表者職氏名

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。⑧、⑨及び⑩の欄は、該当する場合、□にチェックをすること。

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錮以上の刑に処せられた場合は、無を○で囲むこと。

2. 開設者が管理者又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 ・船員保険法 ・医師法 ・歯科医師法 ・保健師助産師看護師法 ・医療法 ・私立学校教職員共済法
- ・国家公務員共済組合法 ・国民健康保険法 ・医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 ・薬剤師法
- ・地方公務員等共済組合法 ・高齢者の医療の確保に関する法律 ・再生医療等の安全性の確保等に関する法律 ・臨床研究法

同項第 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。

7. ⑧の生活保護法の指定医療機関の申請は、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付の指定医療機関の申請も兼ねるものであること。

8. ⑨のうち、生活保護法第 49 条の 2 第 2 項第 3 号の場合の該当法律は以下のとおり。

- ・児童福祉法 ・あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律 ・栄養士法 ・医師法 ・歯科医師法 ・保健師助産師看護師法
- ・歯科衛生士法 ・医療法 ・身体障害者福祉法 ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 ・社会福祉法 ・医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 ・薬剤師法 ・老人福祉法 ・理学療法士及び作業療法士法 ・柔道整復師法 ・社会福祉士及び介護福祉士法 ・義肢装具士法 ・介護保険法 ・精神保健福祉士法 ・言語聴覚士法 ・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律
- ・高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律 ・就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律
- ・障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律 ・子ども・子育て支援法 ・再生医療等の安全性の確保等に関する法律
- ・国家戦略特別区域法（第 12 条の 5 第 15 項及び第 17 項から第 19 項までの規定に限る。） ・難病の患者に対する医療等に関する法律
- ・公認心理師法 ・民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護等に関する法律 ・臨床研究法

9. ⑩の欄は、申請を行う医療機関が、国の開設した医療機関若しくは法令の規定により国とみなして生活保護法施行規則第 10 条第 1 項及び第 3 項を適用する独立行政法人等が開設した医療機関の場合にもチェックを入れること。

※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（様式）

1 保険医・保険薬剤師の氏名等

氏名	医籍等登録番号	登録記号番号	担当診療科	勤務形態	備考欄
				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、科目名の間を一文字空けて記載すること。
- 注3 勤務形態欄は、常勤又は非常勤のいずれかに○をつけること。
- 注4 欄が足りない場合は、上記の記載事項を記入したもの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

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 常勤・非常勤の区分を記入すること。

4 診療時間（開局時間）

・年末年始の休診日（有・無・不定）（～）

・お盆の休診日（有・無・不定）（～）

・祝日の診療の有無（有・無）

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、祝日がない一週間）の状況がわかるように記載すること。

また、年末年始・お盆の休診日、祝日の診療の有無についても記載すること。

5 備考

歯科衛生士	歯科助手	その他（）
人	人	人

（ニヶ所管理等あれば記載すること。）

・医療機関名称

・所在地

社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票

貴事業所の現状等について、下記の項目に回答してください。

I. 現在、厚生年金保険・健康保険に加入していますか。

(該当する番号に○を付してください。また、必要事項をご記入ください。)

	加入状況
1	加入している。 →下記のいずれかの書類の写しを提出してください。（提示も可） ●保険料の領収証書 ●社会保険料納入証明書 ●社会保険料納入確認書 ●健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書 ●健康保険・厚生年金保険適用通知書 ※上記書類を所持していない場合には事業所整理記号を下記に記載するのみで可。 （本社等にて加入手続が行われている場合も事業所整理記号を下記に記載するのみで可。）
2	現在、加入手続中である。
3	今後、加入手続を行う。 （申請から３ヶ月以内に適用要件（法人事業所または従業員５人以上の個人事業所）に該当する予定の場合を含む。） 令和（ ）年（ ）月頃に手続予定。（申請から３ヶ月以内の年月をご記入ください。）
4	適用要件に該当しない。 （個人事業所（法人ではない事業所）であって従業員が４名以下の場合。申請から３ヶ月以内に適用要件に該当する予定がない。）
5	適用要件に該当するか不明である。 （個人事業所（法人ではない事業所）であって、正社員と、正社員以外で１週間の所定労働時間及び１ヶ月の所定労働日数が同じ事業所で同様の業務に従事している正社員の４分の３以上である者との合計が５人以上か不明な場合。）

Ⅱ. 現在、労働者災害補償保険・雇用保険に加入していますか。

(該当する番号に○を付してください。また、必要事項をご記入ください。)

	加入状況
1	加入している。 →下記のいずれかの書類の写しを提出してください。（提示も可） ●労働保険概算・確定保険料申告書 ●納付書・領収証書 ●保険関係成立届 ※上記書類を所持していない場合には労働保険番号を下記に記載するのみで可。 （本社等にて加入手続が行われている場合も労働保険番号を下記に記載するのみで可。）
2	現在、加入手続中である。
3	今後、加入手続を行う。（申請から３ヶ月以内に従業員（パート・アルバイトを含む）を雇う予定がある場合を含む。）令和（ ）年（ ）月頃に手続予定。（申請から３ヶ月以内の年月をご記入ください。）
4	適用要件に該当しない。（事業主・役員・同居の親族のみで経営、従業員（パート・アルバイトを含む）がいらない、申請から３ヶ月以内に従業員を雇う予定がない。）

回答年月日 令和 年 月 日

事業所名称

事業所所在地

会社等法人番号

電話番号

※ 事業主の皆様には、全ての法令を遵守していただきたいと思います。社会保険・労働保険が確認できない場合は、厚生労働省からの依頼に基づき、厚生労働省に情報提供いたします。

※ 社会保険・労働保険の適用促進以外の目的では使用いたしません。