



福岡県医発第 2454 号 (地)

平成 25 年 1 月 21 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松 田 峻 一 良

(公 印 省 略)

保険医療機関・保険薬局の指定及び登録等に関する  
申請・届出書の様式変更について

標記の件につきまして、九州厚生局における保険医療機関・保険薬局の指定及び登録等に関する申請・届出書の様式が今般別紙のとおり変更となっておりますので、新たに申請等を行う場合は新様式をご利用下さいますようお願い申し上げます。

なお、各種様式及び記載例等につきましては、九州厚生局ホームページ (<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/shinsei/index.html>) の指導監査課・事務所欄にございますので、ダウンロードの上、ご活用下さい。

---

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 山下拓郎  
会長 蒲池 壽

## 関係様式及び添付書類整理表

| 区 分  | 手 続 き               |                                      | 関 係 様 式                   |                                                            | 添 付 書 類     |
|------|---------------------|--------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|
| 指定関係 | 1                   | 指定を受けようとするとき                         | 別添1-1                     | 「保険医療機関・保険薬局 指定申請書」                                        | 別添10        |
|      |                     |                                      | 別添1-2                     | 「保険医療機関・保険薬局 指定申請書 添付書類」                                   |             |
|      | 2                   | 指定に係る病床の数を増加又は病床の種別に変更が生じるとき         | 別添2-1                     | 「保険医療機関 指定変更申請書」                                           | 別添11        |
|      |                     |                                      | 別添2-2                     | 「保険医療機関 指定変更申請書 添付書類」                                      |             |
|      | 3                   | 指定の申請事項(名称等)に変更が生じたとき                | 別添3-1                     | 「保険医療機関・保険薬局 届出事項変更(異動)届」                                  | 別添12<br>(注) |
|      | 4                   | 事業の廃止、休止又は再開したとき                     |                           |                                                            |             |
|      | 5                   | 健康保険法80条第7号から第9号までのいずれかに該当           | 別添3-2                     | 「保険医療機関・保険薬局 届出事項変更(異動)届 附票」<br>(※別添3-1の「④」の記入欄が足りない場合に使用) |             |
|      | 6                   | 指定を辞退しようとするとき                        | 別添4                       | 「保険医療機関・保険薬局 指定辞退申出書」                                      |             |
| 7    | 指定通知書の再交付を受けようとするとき | 別添5                                  | 「保険医療機関・保険薬局 指定通知書再交付申請書」 |                                                            |             |
| 登録関係 | 8                   | 登録を受けようとするとき                         | 別添6                       | 「保険医・保険薬剤師 登録申請書」                                          | 別添13<br>(注) |
|      | 9                   | 登録している地方厚生(支)局の管轄を越えて異動したとき          | 別添7                       | 「保険医・保険薬剤師 届出事項変更(該当)届」                                    |             |
|      | 10                  | 登録を行った管轄地方厚生(支)局内において都道府県を越えて異動等したとき |                           |                                                            |             |
|      | 11                  | 氏名等に変更があった場合                         |                           |                                                            |             |
|      | 12                  | 死亡し、又は失そうの宣告を受けたとき                   |                           |                                                            |             |
|      | 13                  | 健康保険法81条第4号から第6号までのいずれかに該当           |                           |                                                            |             |
|      | 14                  | 再交付を受けようとするとき                        | 別添8                       | 「保険医・保険薬剤師の登録票再交付申請書」                                      | 別添14<br>(注) |
|      | 15                  | 登録を抹消しようとするとき                        | 別添9                       | 「保険医・保険薬剤師 登録抹消申出書」                                        |             |

(注): 各手続きに添付する保険医療機関等の指定通知書紛失届及び保険医等の登録票紛失届については、別添15及び16のとおり。

## 【添付書類一覧表①】

## 1. 保険医療機関又は保険薬局の指定を受けようとするとき

| 番 項 | 対象区分       |                           | 添付書類名                                                                                                                                                                       |
|-----|------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | 共 通<br>(※) | 病院の場合                     | 使用許可証の写し                                                                                                                                                                    |
|     |            | 診療所の場合                    | 使用許可証の写し又は許可書の写し若しくは届書の写し                                                                                                                                                   |
|     |            | 国の開設する病院<br>又は診療所の場合      | 承認書の写し又は通知書の写し                                                                                                                                                              |
|     |            | 薬局の場合                     | 許可証の写し                                                                                                                                                                      |
| 2   | 共 通        |                           | 開設者の履歴書                                                                                                                                                                     |
| 3   | 共 通        |                           | 管理者又は管理薬剤師の履歴書                                                                                                                                                              |
| 4   | 共 通        |                           | 開設者及び管理者の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の免許証の写し<br>(注) 開設者が法人で、代表者が保険医又は保険薬剤師の場合を含む。                                                                                                        |
| 5   | 共 通        | 土地(駐車場を含む)が<br>開設者所有の場合   | 土地登記簿謄本の写し                                                                                                                                                                  |
|     |            | 土地(駐車場を含む)が<br>開設者所有でない場合 | 賃貸借契約書の写し                                                                                                                                                                   |
| 6   | 共 通        | 建物が開設者所有<br>の場合           | 建物登記簿謄本の写し                                                                                                                                                                  |
|     |            | 建物が開設者所有<br>でない場合         | 賃貸借契約書の写し                                                                                                                                                                   |
| 7   | 共 通        |                           | 平面図                                                                                                                                                                         |
| 8   | 共 通        | 医療機関の場合                   | 周辺図(見取り図)<br>(注1):敷地内にある全ての建物が分かるように記載すること。<br>(注2):近隣に保険薬局が存在する場合(予定を含む。)は、その旨及び<br>保険薬局又は保険医療機関の置かれる建物・位置を記載すること。                                                         |
|     |            | 薬局の場合                     | 周辺図(見取り図)<br>(注1):敷地内にある全ての建物が分かるように記載すること。<br>(注2):近隣に保険医療機関が存在する場合(予定を含む。)は、その旨及び<br>保険薬局又は保険医療機関の置かれる建物・位置を記載すること。<br>(注3):薬局の出入口が公道又はこれに準ずる道路と面しているか確認できる<br>ように記載すること。 |
| 9   | 法人の場合のみ    |                           | 法人登記簿謄本及び定款の写し                                                                                                                                                              |
| 10  | 薬局の場合のみ    |                           | 周辺写真<br>(注):薬局が保険医療機関と公道又はこれに準ずる道路を介した往来となっ<br>ていることが確認できるよう、薬局を四方から撮影すること。                                                                                                 |

※「共通」と表示している1～8の書類は、申請を行う全ての医療機関及び薬局に必要な添付書類です。

## 【添付書類一覧表②】

## 2. 保険医療機関の指定に係る病床の数を増加又は病床の種別に変更が生じるとき

| 番 項 | 対象区分                 | 添付書類名                     |
|-----|----------------------|---------------------------|
| 1   | 病院の場合                | 使用許可証の写し                  |
|     | 診療所の場合               | 使用許可証の写し又は許可書の写し若しくは届書の写し |
|     | 国の開設する病院<br>又は診療所の場合 | 承認書の写し又は通知書の写し            |

## 3. 保険医療機関又は保険薬局の指定の申請事項(名称等)に変更が生じたとき

| 項 番 | 届出内容              | 添付書類名                                         |
|-----|-------------------|-----------------------------------------------|
| 1   | 名称の変更             | 保健所の受付印のある変更届の写し                              |
| 2   | 開設者名又は<br>代表者名の変更 | 保健所の受付印のある変更届の写し                              |
|     |                   | 法人登記簿謄本<br>(注): 法人の場合のみ提出すること。                |
| 3   | 管理者又は<br>管理薬剤師の変更 | 保健所の受付印のある変更届の写し                              |
| 4   | 住居表示の変更<br>(区画変更) | 保健所の受付印のある変更届の写し                              |
| 5   | 診療科目の変更           | 保健所の受付印のある変更届の写し                              |
| 6   | 診療時間の変更<br>(開局時間) | 保健所の受付印のある変更届の写し<br>(注): 個人開設の診療所の場合のみ提出すること。 |
| 7   | 開設者の所在地の変更        | 保健所の受付印のある変更届の写し                              |
| 8   | 病床数の減床時           | 保健所の受付印のある変更届の写し                              |

## 【添付書類一覧表③】

## 4. 保険医療機関又は保険薬局の事業の廃止、休止又は再開したとき

| 項番 | 対象区分      | 添付書類名                                              |
|----|-----------|----------------------------------------------------|
| 1  | 共通(※)     | 保健所又は県の業務担当課等の受付印のある廃止・休止・再開届出の写し                  |
| 2  | 廃止を行う場合のみ | 保険医療機関又は保険薬局の指定通知書<br>(注):指定通知書を紛失した場合は紛失届を提出すること。 |

※「共通」と表示している書類は、廃止・休止・再開を届出する全ての保険医療機関及び保険薬局に必要な添付書類です。

## 5. 保険医療機関又は保険薬局が健康保険法第80条第7号から第9号までのいずれかに該当したとき

| 項番 | 添付書類名                                              |
|----|----------------------------------------------------|
| 1  | 保険医療機関又は保険薬局の指定通知書<br>(注):指定通知書を紛失した場合は紛失届を提出すること。 |

## 6. 保険医療機関又は保険薬局の指定を辞退しようとするとき

| 項番 | 添付書類名                                                             |
|----|-------------------------------------------------------------------|
| 1  | 保険医療機関又は保険薬局の指定通知書<br>(注):辞退日後に送付すること。また、指定通知書を紛失した場合は紛失届を提出すること。 |

## 7. 保険医療機関又は保険薬局の指定通知書の再交付を受けようとするとき

| 項番 | 添付書類名                              |
|----|------------------------------------|
| 1  | 保険医療機関又は保険薬局の指定通知書<br>(注):き損の場合のみ。 |

## 【添付書類一覧表④】

## 8. 保険医又は保険薬剤師の登録を受けようとするとき

| 番 項 | 対象区分                                                                                                             |              | 添付書類名                     |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| 1   | 共 通 (※)                                                                                                          |              | 医師若しくは歯科医師又は薬剤師の免許証の写し    |
| 2   | 共 通                                                                                                              |              | 履歴書                       |
| 3   | 診療所又は薬局が医師若しくは歯科医師又は薬剤師の開設したものであり、かつ当該開設者である医師若しくは歯科医師又は薬剤師のみが診療又は調剤に従事している場合において、当該医師若しくは歯科医師又は薬剤師において登録申請を行う場合 | 診療所の場合       | 使用許可証の写し又は許可書の写し若しくは届書の写し |
|     |                                                                                                                  | 国の開設する診療所の場合 | 承認書の写し又は通知書の写し            |
|     |                                                                                                                  | 薬局の場合        | 許可証の写し                    |

※「共通」と表示している書類は、登録を行う全ての医師、歯科医師、薬剤師に必要な添付書類です。

## 9. 保険医又は保険薬剤師が登録している地方厚生(支)局の管轄を越えて異動したとき

| 番 項 | 添付書類名                                        |
|-----|----------------------------------------------|
| 1   | 保険医又は保険薬剤師の登録票<br>(注):登録票を紛失した場合は紛失届を提出すること。 |

## 10. 保険医又は保険薬剤師が登録を行った管轄地方厚生(支)局内において都道府県を越えて異動等したとき

| 番 項 | 添付書類名                                        |
|-----|----------------------------------------------|
| 1   | 保険医又は保険薬剤師の登録票<br>(注):登録票を紛失した場合は紛失届を提出すること。 |

## 【添付書類一覧表⑤】

## 11. 保険医又は保険薬剤師の氏名等に変更があった場合

| 番 項 | 添付書類名                                        |
|-----|----------------------------------------------|
| 1   | 保険医又は保険薬剤師の登録票<br>(注):登録票を紛失した場合は紛失届を提出すること。 |
| 2   | 戸籍抄本                                         |

## 12. 保険医又は保険薬剤師が死亡し、又は失そうの宣告を受けたとき

| 番 項 | 添付書類名                                        |
|-----|----------------------------------------------|
| 1   | 保険医又は保険薬剤師の登録票<br>(注):登録票を紛失した場合は紛失届を提出すること。 |
| 2   | 死亡診断書の写し又は戸籍抄本                               |

## 13. 保険医又は保険薬剤師が健康保険法第81条第4号から第6号までのいずれかに該当したとき

| 番 項 | 添付書類名                                        |
|-----|----------------------------------------------|
| 1   | 保険医又は保険薬剤師の登録票<br>(注):登録票を紛失した場合は紛失届を提出すること。 |

## 14. 保険医又は保険薬剤師が登録票の再交付を受けようとするとき

| 番 項 | 添付書類名                              |
|-----|------------------------------------|
| 1   | き損した保険医又は保険薬剤師の登録票<br>(注):き損の場合のみ。 |

## 15. 保険医又は保険薬剤師の登録を抹消しようとするとき

| 番 項 | 添付書類名                                        |
|-----|----------------------------------------------|
| 1   | 保険医又は保険薬剤師の登録票<br>(注):登録票を紛失した場合は紛失届を提出すること。 |

|                                              |   |                                                                                         |  |              |                          |  |           |  |  |  |  |
|----------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|--------------------------|--|-----------|--|--|--|--|
| ※番                                           | 号 | 保 険 医 療 機 関                                                                             |  |              |                          |  | 指 定 申 請 書 |  |  |  |  |
| ※医療機関(薬局)コード                                 |   | 保 険 薬 局                                                                                 |  |              |                          |  |           |  |  |  |  |
| ① 病院・診療所・薬局                                  |   | (フリガナ)<br>名 称                                                                           |  |              |                          |  |           |  |  |  |  |
|                                              |   | 所 在 地                                                                                   |  |              |                          |  |           |  |  |  |  |
| ② 管理者・管理薬剤師                                  |   | (フリガナ)<br>氏 名                                                                           |  |              |                          |  |           |  |  |  |  |
|                                              |   | 保険医 ・ 保険薬剤師 ・ その他                                                                       |  |              | 保険医又は保険薬剤師<br>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<br>薬剤師 ・ 保険薬剤師 ・ その他                                                    |  |              | 保険医又は保険薬剤師<br>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)<br>(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)) |  |              |                          |  |           |  |  |  |  |

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

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及び名称、代表者の職氏名)

〒

九州厚生局長

殿

印

電話番号 ( )

**保険医療機関・保険薬局指定申請書 添付書類**

|                  |     |   |       |  |
|------------------|-----|---|-------|--|
| 医療機関又は<br>薬局の連絡先 | 名 称 |   | 電話番号  |  |
|                  | 所在地 | 〒 | FAX番号 |  |

**1 ①保険医・保険薬剤師の氏名等**

| 勤務区分 | 医籍等登録番号 | 保険医又は保険薬剤師<br>の登録記号及び番号 | (フリガナ)<br>氏 名 | 担当診療科 | 採用年月日 |
|------|---------|-------------------------|---------------|-------|-------|
| 常・非  | 第 号     | ( ) 医・歯・薬<br>号          |               |       | 年 月 日 |
| 常・非  | 第 号     | ( ) 医・歯・薬<br>号          |               |       | 年 月 日 |
| 常・非  | 第 号     | ( ) 医・歯・薬<br>号          |               |       | 年 月 日 |
| 常・非  | 第 号     | ( ) 医・歯・薬<br>号          |               |       | 年 月 日 |
| 常・非  | 第 号     | ( ) 医・歯・薬<br>号          |               |       | 年 月 日 |
| 常・非  | 第 号     | ( ) 医・歯・薬<br>号          |               |       | 年 月 日 |

**②保険医・保険薬剤師の数**

| 医 師            | 歯科医師           | 薬剤師            |
|----------------|----------------|----------------|
| 常勤: 人 ・ 非常勤: 人 | 常勤: 人 ・ 非常勤: 人 | 常勤: 人 ・ 非常勤: 人 |

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

| 医 師 | 歯科医師 | 薬剤師 |
|-----|------|-----|
| 人   | 人    | 人   |

**3 看護師、准看護師、看護補助者の数**

| 看護師 | 准看護師 | 看護補助者 |
|-----|------|-------|
| 人   | 人    | 人     |

**4 その他の従事者の数**

| 診療放射線技師 | 助産師  | 検査技師  | 栄養士   | 管理栄養士 | 歯科技工士 |
|---------|------|-------|-------|-------|-------|
| 人       | 人    | 人     | 人     | 人     | 人     |
| 歯科衛生士   | 歯科助手 | 理学療法士 | 作業療法士 | 言語療法士 | その他   |
| 人       | 人    | 人     | 人     | 人     | 人     |

**5 診察時間(開局時間)**

|      |                 |                                      |
|------|-----------------|--------------------------------------|
| 診療時間 | 月・火・水・木・金・土・日・祝 | 時 分 ～ 時 分 / 時 分 ～ 時 分                |
|      | 月・火・水・木・金・土・日・祝 | 時 分 ～ 時 分 / 時 分 ～ 時 分                |
|      | 月・火・水・木・金・土・日・祝 | 時 分 ～ 時 分 / 時 分 ～ 時 分                |
| 休診日  | 月・火・水・木・金・土・日・祝 | ( 月 日 ～ 月 日 ) お 盆 年末年始 ( 月 日 ～ 月 日 ) |
| 備 考  |                 |                                      |

## 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)<br>名 称                                                                        |           |       |  |
|                            | 所 在 地                                                                                |           |       |  |
| ② 医療法第30条の11の規定による<br>勧告   | 有 ・ 無                                                                                | 勧 告 年 月 日 | 年 月 日 |  |
| ③ 変更後の指定に係る病床種別ごとの<br>病床数等 | (うち、一般病床 床、療養病床 床、精神病床 床、結核病床 床、感染床病床 床)<br>(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)) |           |       |  |

上記のとおり申請します。

開設者の住所及び氏名

平成 年 月 日

(法人の場合は、主たる事務所の所在地及び名称、代表者の職氏名)

〒

九州厚生局長 殿

印

電話番号 ( )

保険医療機関指定変更申請書 添付書類

|         |  |               |          |
|---------|--|---------------|----------|
| 医療機関コード |  | 保険医療機関<br>の名称 | 電話番号 ( ) |
|---------|--|---------------|----------|

1 医師及び歯科医師の数

|     |      |
|-----|------|
| 医 師 | 歯科医師 |
| 人   | 人    |

2 看護師、准看護師、看護補助者の数

|     |      |       |
|-----|------|-------|
| 看護師 | 准看護師 | 看護補助者 |
| 人   | 人    | 人     |

3 変更年月日及び変更内容

|          |      |
|----------|------|
| 変更年月日    | 変更内容 |
| 平成 年 月 日 |      |

注 変更の具体的な内容を記載すること。

※ 病院の場合は「使用許可証」、診療所の場合は「使用許可証」又は「許可書」若しくは「届書」、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。

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)コード                                                                                   |         |                          |                | 保険医療機関又は<br>保険薬局の名称 |   | 電話番号 ( )                 |  |
| ①<br>保険医療機関<br>又は<br>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                 |  |
| ②<br>開設者名<br>又は<br>代表者名<br><br><small>(法人の場合は法人名<br/>及び代表者職氏名)</small>                        | 変更前     | (フリガナ)                   |                |                     |   | (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<br>の登録の記号又は番号 | ( ) 医・歯・薬<br>号 | 医籍等登録番号             | 第 | 号                        |  |
| ③<br>管理者<br>又は<br>管理薬剤師                                                                       | 変更前     | (フリガナ)                   |                |                     |   | (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<br>の登録の記号又は番号 | ( ) 医・歯・薬<br>号 | 医籍等登録番号             | 第 | 号                        |  |
| ④<br>保険医<br>又は<br>保険薬剤師<br><br><small>(※記入欄が足りない場合<br/>は、「届出事項変更(異動)届<br/>附票」に記入すること)</small> | 勤務者     | (フリガナ)                   |                |                     |   | (変更年月日)                  |  |
|                                                                                               |         | 保険医又は保険薬剤師<br>の登録の記号又は番号 | ( ) 医・歯・薬<br>号 | 医籍等登録番号             | 第 | 号                        |  |
|                                                                                               |         | 常勤・非常勤の別                 | 常勤・非常勤         | 担当診療科               |   |                          |  |
|                                                                                               | 退職者     | (フリガナ)                   |                |                     |   | (変更年月日)                  |  |
|                                                                                               |         | 保険医又は保険薬剤師<br>の登録の記号又は番号 | ( ) 医・歯・薬<br>号 | 医籍等登録番号             | 第 | 号                        |  |
|                                                                                               |         | 常勤・非常勤の別                 | 常勤・非常勤         | 担当診療科               |   |                          |  |
| ⑤<br>その他の変更<br><br><small>区画変更、診療科目、診療時<br/>間(開局時間)、病床数変更<br/>法人の所在地変更等</small>               | 変更前     |                          |                |                     |   | (変更年月日)                  |  |
|                                                                                               | 変更後     |                          |                |                     |   | 平成 年 月 日                 |  |
| ⑥<br>保険医療機関又は<br>保険薬局の廃止・<br>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<br>(平成 年 月 日まで) |  |
| ⑦<br>健康保険法第80条<br>第7号から第9号ま<br>でのいずれかに該<br>当                                                  | 該当する法律  |                          |                |                     |   |                          |  |
|                                                                                               | 内 容     |                          |                |                     |   |                          |  |
|                                                                                               | 該当する年月日 |                          | 平成 年 月 日       |                     |   |                          |  |
|                                                                                               | 処分権者等   |                          |                |                     |   |                          |  |

上記のとおり届け出ます。

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及び名称、代表者の職氏名)

平成 年 月 日

(住 所) 〒

九州厚生局長

殿

(氏 名)

印

電話番号 ( )

保 険 医 療 機 関  
保 険 薬 局 届 出 事 項 変 更 ( 異 動 ) 届 附 票

|                   |         |                          |          |                                  |           |          |  |
|-------------------|---------|--------------------------|----------|----------------------------------|-----------|----------|--|
| 医療機関(薬局)コード       |         |                          |          | 保 険 医 療 機 関 又 は<br>保 険 薬 局 の 名 称 |           | 電話番号 ( ) |  |
| 保険医又は保険薬剤師の<br>氏名 | 医籍等登録番号 | 保険医又は保険薬剤師の<br>登録の記号及び番号 | 常勤・非常勤の別 | 担当診療科名                           | 採用又は退職年月日 | 届出の別     |  |
| (フリガナ)            | 第 号     | ( ) 医・歯・薬<br>号           | 常勤・非常勤   |                                  | 平成 年 月 日  | 勤務者・退職者  |  |
| (フリガナ)            | 第 号     | ( ) 医・歯・薬<br>号           | 常勤・非常勤   |                                  | 平成 年 月 日  | 勤務者・退職者  |  |
| (フリガナ)            | 第 号     | ( ) 医・歯・薬<br>号           | 常勤・非常勤   |                                  | 平成 年 月 日  | 勤務者・退職者  |  |
| (フリガナ)            | 第 号     | ( ) 医・歯・薬<br>号           | 常勤・非常勤   |                                  | 平成 年 月 日  | 勤務者・退職者  |  |
| (フリガナ)            | 第 号     | ( ) 医・歯・薬<br>号           | 常勤・非常勤   |                                  | 平成 年 月 日  | 勤務者・退職者  |  |
| (フリガナ)            | 第 号     | ( ) 医・歯・薬<br>号           | 常勤・非常勤   |                                  | 平成 年 月 日  | 勤務者・退職者  |  |
| (フリガナ)            | 第 号     | ( ) 医・歯・薬<br>号           | 常勤・非常勤   |                                  | 平成 年 月 日  | 勤務者・退職者  |  |
| (フリガナ)            | 第 号     | ( ) 医・歯・薬<br>号           | 常勤・非常勤   |                                  | 平成 年 月 日  | 勤務者・退職者  |  |
| (フリガナ)            | 第 号     | ( ) 医・歯・薬<br>号           | 常勤・非常勤   |                                  | 平成 年 月 日  | 勤務者・退職者  |  |

※「医籍等登録番号」の欄には、医籍登録番号・歯科医籍登録番号・薬剤師名簿登録番号を記入すること。

※「保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号」の欄の( )には記号の漢字を記入すること。また、(医・歯・薬)は該当するものを○で囲むこと。

保 険 医 療 機 関  
保 険 薬 局 指 定 辞 退 申 出 書

|               |          |       |          |
|---------------|----------|-------|----------|
| 医療機関(薬局)コード   |          |       |          |
| (フリガナ)<br>名 称 |          |       |          |
| 所 在 地         | 〒        |       |          |
| 辞退予定年月日       | 平成 年 月 日 | 辞退の事由 | 電話番号 ( ) |

上記のとおり申し出ます。

平成 年 月 日

九州厚生局長 殿

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及び名称、代表者の職氏名)

(住 所) 〒

(氏 名)

印

電話番号 ( )

※ 健康保険法第79条の規定により、「保険医療機関・保険薬局 指定辞退申出書」の申出日の翌日から1ヶ月以上の予告期間が必要となるため、「辞退予定年月日」の欄は、この申出書の申出日から1ヶ月以上経過した日を記入すること。

なお、辞退予告年月日経過後は、速やかに保険医療機関又は保険薬局の指定通知書を返納すること。



保 険 医 師 登 録 申 請 書  
保 険 薬 剤 師

|                                                |               |           |       |            |            |       |
|------------------------------------------------|---------------|-----------|-------|------------|------------|-------|
| ※ 登録の記号及び番号                                    |               |           |       |            |            |       |
| ※ 登録年月日                                        |               |           |       |            |            |       |
| ① 医師・歯科医師・薬剤師                                  | (フリガナ)<br>氏 名 |           |       | 明・大<br>昭・平 | 年 月 日生     | 男・女   |
| ② 医籍・歯科医籍・薬剤師名簿                                | 登録番号          |           |       | 登録年月日      | 明・大<br>昭・平 | 年 月 日 |
| ③ 健康保険の診療・調剤に従事する<br>病院・診療所・薬局                 | (フリガナ)<br>名 称 |           |       |            | 担当診療科      |       |
|                                                | 所在地           |           |       |            |            |       |
| ④ 健康保険法第71条第2項第1号<br>から第3号のいずれか(登録欠格<br>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 |       |            |            |       |

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

医師若しくは歯科医師又は薬剤師の住所及び氏名  
〒

九州厚生局長 殿

印

電話番号 ( )

保 険 医  
保 険 薬 剤 師

届出事項変更(該当)届

|          |                                |                              |                    |            |                      |                      |         |
|----------|--------------------------------|------------------------------|--------------------|------------|----------------------|----------------------|---------|
| 必ず記入すること | ① 保険医又は<br>保険薬剤師               | (フリガナ)<br>氏 名                | (フリガナ)             |            |                      |                      | 性 別     |
|          |                                | 生年月日                         | 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 |            |                      |                      | 男・女     |
|          |                                | 現住所                          | 〒                  |            |                      |                      |         |
|          |                                | 医籍等登録番号                      | 第 号                | 登 録<br>年月日 | 明治・大正 年 月 日<br>昭和・平成 |                      |         |
|          |                                | 保険医又は保<br>険薬剤師の登録<br>の記号及び番号 | 医<br>歯<br>薬        | 号          | 登 録<br>年月日           | 明治・大正 年 月 日<br>昭和・平成 |         |
|          | ② 従事する保<br>険医療機関<br>又は保険薬<br>局 | (フリガナ)<br>氏 名                | (フリガナ)             |            |                      |                      | (担当診療科) |
| 所在地      |                                | 〒                            |                    |            |                      |                      |         |
|          |                                | 電話番号 ( )                     |                    |            |                      |                      |         |

※③、④、⑤の欄を記入する場合、①、②の欄は「変更後」の氏名・住所等をご記入ください(詳細は裏面参照)。

|              |                                   |                |             |  |                     |  |
|--------------|-----------------------------------|----------------|-------------|--|---------------------|--|
| 該当する欄を記入すること | ③ 変更前の氏名                          |                |             |  | (変更年月日)<br>平成 年 月 日 |  |
|              | ④ 変更前の住所                          |                | 〒           |  | (変更年月日)<br>平成 年 月 日 |  |
|              | ⑤ 変更前の保<br>険医療機関<br>又は保険薬<br>局    | 名 称            |             |  | (変更年月日)<br>平成 年 月 日 |  |
|              |                                   | 所在地            | 〒           |  |                     |  |
|              | ⑥ 保険医又は<br>保険薬剤師<br>の死亡又は<br>失そう  | 事 由            | 死 亡 ・ 失 そ う |  |                     |  |
|              |                                   | 死亡又は<br>失そう年月日 | 平成 年 月 日    |  |                     |  |
|              | ⑦ 健康保険法第81条第4号から<br>第6号までのいずれかに該当 | 該当する法律名        |             |  |                     |  |
| 内 容          |                                   |                |             |  |                     |  |
| 該 当 年 月 日    |                                   | 平成 年 月 日       |             |  |                     |  |
| 処 分 権 者      |                                   |                |             |  |                     |  |

上記のとおり変更したので届け出ます。

平成 年 月 日

保険医又は保険薬剤師の住所及び氏名  
(住 所) 〒

九州厚生局長

殿

(氏 名)

印

電話番号 ( )

保 険 医 師  
保 険 薬 剤 師 の 登 録 票 再 交 付 申 請 書

|                         |     |                                                                                                         |              |                      |              |
|-------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------|--------------|
| 保険医又は保険薬剤師<br>の登録記号及び番号 |     | 医<br>歯<br>薬<br>号                                                                                        | 登 録<br>年 月 日 | 明治・大正<br>昭和・平成 年 月 日 |              |
| 医籍等登録番号                 |     | 第 号                                                                                                     | 登 録<br>年 月 日 | 明治・大正<br>昭和・平成 年 月 日 |              |
| (フリガナ)<br>氏 名           |     |                                                                                                         |              |                      | 性 別<br>男 ・ 女 |
| 生 年 月 日                 |     |                                                                                                         |              |                      |              |
| 従事する保険<br>医療機関等         | 名 称 | 〒<br><br>電話番号 ( )                                                                                       |              |                      |              |
|                         | 所在地 |                                                                                                         |              |                      |              |
| 滅失又はき損年月日               |     | 平成 年 月 日                                                                                                |              |                      |              |
| 滅失又はき損の理由               |     | 上記のとおり申請します。<br>平成 年 月 日<br><br>保険医又は保険薬剤師の住所及び氏名<br>(住 所) 〒<br><br>(氏 名) 印<br>電話番号 ( )<br><br>九州厚生局長 殿 |              |                      |              |

※ 「医籍等登録番号」の欄は、医籍番号、歯科医籍番号、薬剤師名簿登録番号を記入すること。

※ 紛失した登録票を発見した際は、速やかに返納すること。

※ き損の場合は、き損した保険医又は保険薬剤師の登録票を添付すること。

## 登録抹消申出書

|                         |             |   |                              |               |                    |
|-------------------------|-------------|---|------------------------------|---------------|--------------------|
| 保険医又は保険薬剤師<br>登録の記号及び番号 | 医<br>歯<br>薬 | 号 | 保 険 医<br>又 は<br>保 険 薬 剤 師    | (フリガナ)<br>氏 名 | フリガナ               |
| 医籍等登録番号                 | 第           | 号 | 従事する保険医療機関又は<br>保険薬局の名称及び所在地 |               | (名 称)<br><br>(所在地) |
| 登録抹消理由                  |             |   |                              |               |                    |
| 登録抹消予定年月日               | 平成 年 月 日    |   |                              |               |                    |

上記のとおり申し出ます。

平成      年      月      日

保険医又は保険薬剤師の住所及び氏名

(住所) 〒

九州厚生局長 殿

(氏 名)

印

電話番号 ( )

- ※ 「医籍等登録番号」の欄は、医籍番号・歯科医籍番号・薬剤師名簿登録番号を記入すること。  
 ※ 健康保険法第79条の規定により、保険医・保険薬剤師登録抹消申出書の申出日の翌日から1か月以上の予告期間が必要となるため、「登録抹消予定年月日」の欄は、この申出書の申出日から1ヶ月以上経過した日を記入すること。  
 なお、登録抹消予定年月日経過後は、10日以内に保険医又は保険薬剤師の登録票を返納すること。

保険医療機関  
保険薬局 指定通知書紛失届

|               |  |       |  |
|---------------|--|-------|--|
| 医療機関(薬局)コード   |  |       |  |
| (フリガナ)<br>名 称 |  | 電話番号  |  |
| 所 在 地         |  | FAX番号 |  |
| 紛失の理由         |  |       |  |

上記のとおり届け出ます。  
なお、紛失した指定通知書を発見した際は、速やかに返納いたします。

平成 年 月 日

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及び名称、代表者の職氏名)  
(住 所) 〒

九州厚生局長 殿

(氏 名) 印

電話番号 ( )

保 険 医  
保 険 薬 剤 師 登 録 票 紛 失 届

|                         |                  |       |                          |
|-------------------------|------------------|-------|--------------------------|
| 保険医又は保険薬剤師<br>登録の記号及び番号 | 医<br>歯<br>薬<br>号 | 登録年月日 | 明治・大正<br>昭和・平成<br>年 月 日  |
| 医籍等登録番号                 | 第 号              | 登録年月日 | 明治・大正<br>昭和・平成<br>年 月 日  |
| (フリガナ)<br>氏 名           | -----            | 生年月日  | 明治・大正<br>昭和・平成<br>年 月 日生 |
| 紛失の理由                   |                  |       |                          |

上記のとおり届け出ます。  
なお、紛失した登録票を発見した際は、速やかに返納いたします。

平成 年 月 日

保険医又は保険薬剤師の住所及び氏名  
(住 所) 〒

九州厚生局長 殿

(氏 名) 印

電話番号 ( )

※ 「医籍等登録番号」の欄は、医籍番号・歯科医籍番号・薬剤師名簿登録番号を記入すること。