

本医療機関（薬局）は、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」第七条第一項に基づき下記のとおり届け出ます。

第七条第一項

保険医療機関又は保険薬局は、書面による請求を始めようとするときは、あらかじめ、その旨を当該請求に係る審査支払機関に届け出なければならない。

次のいずれかに該当する保険医療機関又は保険薬局が対象。

- ・レセプトコンピュータを使用していない保険医療機関又は保険薬局であって、書面による請求方法を平成21年11月26日（請求省令改正の施行日）後に新たに開始しようとする場合（請求省令第五条第一項該当）
- ・保険医療機関である診療所又は保険薬局において、診療又は調剤に従事する常勤の保険医又は保険薬剤師の年齢が満65歳以上のものであり、レセプトコンピュータを使用して書面による請求を新たに開始しようとする場合（請求省令第六条第一項該当）

平成 年 月 日

住所

長崎県国民健康保険団体連合会 御中 開設者

氏名



① 該当条 ・ 区分	(五 条 ・ 六 条) 要 件 該 当	医科病院・医科診療所・歯科病院・歯科診療所・薬局			
② 医療機関(薬局)コード		③ 電話番号			
④ 保険医療機関(薬局)名		⑤ 郵便番号		—	
⑥ 保険医療機関(薬局)所在地					※ 受付印
⑦ 書面による請求開始予定年月			平成	年	月 予 定
⑧ 六条要件に該当する診療所又は保険薬局の常勤の保険医又は保険薬剤師の人数・生年月日(全員分記載) ※欄が足りない場合は、備考欄に記載すること	常勤人数	大・昭	年	月	日
		大・昭	年	月	日
		大・昭	年	月	日
⑨ ⑧欄の確認にあたって、添付書類のみで確認できなかった場合は、地方厚生(支)局に確認を行うことについての同意			同意 (する ・ しない)		
⑩ 備 考					

【記入に当たっての説明】

- ア. ①欄は、貴医療機関(薬局)の該当する要件及び該当区分に○印を付けること。
- イ. ②から⑥欄は、保険医療機関・保険薬局指定申請書により届け出た記載内容を記入すること。
- ウ. ⑦欄は、書面による請求を開始する請求予定年月を記入すること。
- エ. ⑧欄は、貴医療機関(薬局)で従事する常勤の保険医又は保険薬剤師全員分の生年月日を記入すること。
- オ. ⑨欄は、地方厚生(支)局に確認を行うことに同意するか否か該当するものに○印を付けること。
なお、同意「しない」に○を付けられる際には、記入内容を確認できなかったり、書類不備があった場合に届出書の再提出や添付書類の追加提出などを求められることとなりますので、ご承知願います。
(届出書の確認事務の効率化のため、なるべく同意いただきますようお願いいたします。)

【添付書類の説明】

- ・六条要件に該当する診療所又は保険薬局は下記ア、イの書類を必ず添付すること。
- ・なお、書類漏れ等の不備がある場合は、届出書を返戻させていただく場合があります。

- ア. ⑧欄に記入する生年月日を確認できる書類(医師(薬剤師)免許証の写し等)
- イ. 貴医療機関(薬局)における常勤医師(薬剤師)の構成が確認できる書類(届出書に記入されている常勤医師(薬剤師)について地方厚生(支)局に届け出ている保険医療機関・保険薬局指定申請書の写し等)
※保険医療機関・保険薬局指定申請書などの確認できる書類を添付できない場合は、添付できない理由書を必ず添付し、⑨欄に必ず同意をしてください。
(常勤医師(薬剤師)の構成を確認できない場合、免除の対象とならない可能性がありますので、留意願います。)