

請求省令第六条第二項又は第三項による免除（非該当）届出書

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」第六条第二項又は第六条第三項の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

第六条第二項 《免除該当》

請求省令第六条第一項（ 1 ）の規定により、届出を行おうとする保険医療機関又は保険薬局のうち次に該当（ 2 ）する場合は、次の期限（ 2 ）までに届け出るものとする。

- 1：保険医療機関である診療所又は保険薬局（レセプトコンピュータを使用している診療所又は保険薬局であって、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行える体制を有するものを除く。）のうち、次に掲げる区分の日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
 レセプトコンピュータを使用している 薬局・・・平成21年4月1日、医科診療所・・・平成22年7月1日、歯科診療所・・・平成23年4月1日
 レセプトコンピュータを使用していない 診療所又は薬局・・・平成23年4月1日
- 2：レセプトコンピュータを使用している 薬局・・・平成21年12月10日、医科診療所・・・平成22年3月31日、歯科診療所・・・平成22年12月31日
 レセプトコンピュータを使用していない 診療所又は薬局・・・平成22年12月31日

第六条第三項 《免除非該当》

第六条第一項に該当していた保険医療機関である診療所又は保険薬局において、上記区分の日における年齢が65歳未満である常勤の保険医又は保険薬剤師が新たに従事することとなった場合

平成 年 月 日

住 所

神奈川県国民健康保険団体連合会 御 中 開 設 者

氏 名



該当内容・区分	免除（ 該 当 ・ 非 該 当 ）	（ 医 科 診 療 所 ・ 歯 科 診 療 所 ・ 薬 局 ）
医療機関(薬局)コード		電話番号
保険医療機関(薬局)名		郵便番号
保険医療機関(薬局)所在地		
免除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
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 ）
備 考		

受付印

【記入に当たっての説明】

- ア． 欄は、貴医療機関（薬局）の該当内容及びの該当区分に 印を付けること。
- イ． から 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． 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。
- エ． 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】

- ・免除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． 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、 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。）