

様式 87 の 2

調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準に係る届出書

|  |  |                          |
|--|--|--------------------------|
| 1 基本診療料の施設基準等（平成 30 年厚生労働省告示第 44 号）の別表第 6 の 2 に所在する保険薬局である   |  | <input type="checkbox"/> |
| 2 全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの受付回数及びその割合<br>期間：      年      月      ～      年      月      （      ヶ月間） |  |                          |
| ア 1 月あたりの平均処方箋受付回数   |  | 回                        |
| イ 主たる医療機関に係る処方箋の集中度  |  | %                        |
| ウ 主たる保険医療機関名   |  |                          |
| 許可病床数（病院の場合のみ記載）   | 床  |                          |
| 所在地が当該保険薬局の所在する中学校区内か否か  | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 |                          |
| 3 当該保険薬局の所在する中学校区における医療機関の情報   |  |                          |
| 保険医療機関名  | 許可病床数（病院のみ記載）  |                          |
| (1)  | 床  |                          |
| (2)  | 床  |                          |
| (3)  | 床  |                          |
| (4)  | 床  |                          |
| (5)  | 床  |                          |
| (6)  | 床  |                          |
| (7)  | 床  |                          |
| (8)  | 床  |                          |
| (9)  | 床  |                          |
| (10)   | 床  |                          |
| 4 特定の区域内の許可病床数 200 床以上の医療機関の有無   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  |                          |
| 5 特定の区域内の保険医療機関数   |  |                          |

[記載上の注意]

- 「1」については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）」の別添 3 の別紙 2 を参照すること。
- 「2」については、調剤報酬点数表の区分番号 00 に掲げる調剤基本料に係る届出書添付書類に準じるものとする。
- 「3」の保険医療機関名については、当該保険薬局が所在する中学校区内に所在しているすべての保険医療機関名と許可病床数を記載すること。ただし、病院以外の保険医療機関については許可病床数の記載は不要とする。

- 4 「4」及び「5」については、原則として、「特定の区域内」は当該保険薬局の所在する中学校区として記載する。ただし、「2」の主たる保険医療機関が当該保険薬局の所在する中学校区内に所在しない場合でも、当該保険医療機関に係る処方箋の集中率が70%以上である場合は、当該保険医療機関は特定の区域内にあるものとして記載する。
- 5 当該届出にあたっては、当該保険薬局の所在する中学校区の地名がわかる資料を添付する。