

請求省令附則第四条第五項による猶予届出書

《様式第4号》

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」附則第四条第五項の規定（※）に基づき、附則第四条第五項第一号から第五号のいずれかに該当する保険医療機関・保険薬局であるため、下記のとおり届け出ます。

※ 附則第四条第五項

保険医療機関又は保険薬局のうち、次の各号に掲げるものに該当する旨をあらかじめ審査支払機関に届け出たものは、書面による請求を行うことができる。

- 附則第四条第五項第一号（一号該当）  
電気通信回線設備の機能に障害が生じた保険医療機関又は保険薬局であって、当該障害が生じている間、電子情報処理組織の使用による請求ができないもの
- 附則第四条第五項第二号（二号該当）  
レセプトコンピュータの販売又はリースの事業者との間で光ディスク等を用いた請求に係る設備の設置又はソフトウェアの導入に係る契約を締結している保険医療機関又は保険薬局であって、当該設置又は導入に係る作業が完了しておらず、完了するまでの間、光ディスク等を用いた請求ができないもの
- 附則第四条第五項第三号（三号該当）  
改築のための工事中である施設又は臨時的施設において診療又は調剤を行っている保険医療機関又は保険薬局であって、当該施設において診療又は調剤を行っている間、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ができないもの
- 附則第四条第五項第四号（四号該当）  
廃止又は休止に関する計画を定めている保険医療機関又は保険薬局であって、廃止又は休止までの間、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ができないもの
- 附則第四条第五項第五号（五号該当）  
その他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うことが特に困難な事情がある保険医療機関又は保険薬局

令和 年 月 日

住所  
氏名

福井県国民健康保険団体連合会 御中

開設者

印

① 該当号・区分	( 一 号 ・ 二 号 ・ 三 号 ・ 四 号 ・ 五 号 ) 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					
⑦ 一号に該当する場合、回線機能障害理由				※ 受付印	
⑧ 二号に該当する場合、レセプトコンピュータの販売又はリースの事業者及び電気通信事業者との契約日及び作業完了予定日	事業者との契約日	令和	年		月 日
	作業完了予定日	令和	年		月 日
⑨ 三号に該当する場合、工事開始日又は臨時施設利用開始日及び終了予定日	工事又は臨時施設開始日	令和	年		月 日
	工事又は臨時施設終了予定日	令和	年		月 日
⑩ 四号に該当する場合、廃止又は休止予定日	廃止又は休止予定日	令和	年		月 日
⑪ 五号に該当する場合、特に困難な事情の内容					
⑫ 備考					

## 【記入に当たっての説明】

- ア. ①欄は、貴医療機関（薬局）の附則第四条第五項第一号から第五号のいずれか該当する号及び該当する区分に○印を付けること。
- イ. ②から⑥欄は、保険医療機関届・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、電気通信回線設備の機能障害により電子情報処理組織の使用による請求を行うことができなくなった理由を記入すること。ただし、その理由の判明が当該届出書を届出するまでに判明できない場合は、その旨を記入し、後日理由を提出すること。
- エ. ⑧欄は、当該事業者との契約日及び作業完了予定日を記入すること。
- オ. ⑨欄は、工事開始日又は臨時施設利用開始日及び終了予定日を記入すること。
- カ. ⑩欄は、廃止又は休止計画をしている予定日を記入すること。
- キ. ⑪欄は、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うことが困難である内容を記入すること。ただし、恣意的な理由による内容は認められないので、注意すること。

## 【添付書類の説明】

- ・それぞれ該当する書類を必ず添付すること。
  - ・ただし、下記ア、イ、オについて、当該届出書と同時に書類を添付できないやむを得ない事情がある場合は、その旨を記入し、後日提出すること。
  - ・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. 一号に該当する場合、⑦欄に記入する理由を確認できる書類又は証明書
- イ. 二号に該当する場合、事業者との契約書の写しなど契約期間を証明できる書類
- ウ. 三号に該当する場合、改築などの工事の場合はその業者との契約書の写し、臨時施設利用の場合はその施設利用の契約書の写しなど、これらを証明できる書類
- エ. 四号に該当する場合、廃止又は休止年月日を確認できる保険医療機関（保険薬局）廃止・休止・再開届の写しなど証明できる書類
- オ. 五号に該当する場合、困難な事情を確認できる書類がある場合はその書類

請求省令第七条第一項による書面による請求の開始届出書

《様式第5号》

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）

令和 年 月 日

住所

福井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		令 和	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。）