

<労災保険指定薬局の指定申請手続きについて>

申請にあたっては、次の①から⑤の書類を提出してください。

なお、指定年月日より前のレセプト請求は、できませんのでご注意ください。

① 様式第1号

労災保険指定薬局指定申請書

- 労働保険加入状況（労働保険番号）については、指定における必要な事項ですので、必ず記入してください。

② 指定・指名機関登録(変更)報告書（診機様式第22号及び第23号）

- 診機様式第22号及び第23号の2枚組になっていますので、2枚とも提出してください。
- 「記名又は署名」欄がありますので、忘れずに記入してください。
- 「②指定・指名番号欄」は記入しないでください。
- 「③登記・変更の別」欄は「1（新規）」と記入してください。

③ 薬局開設許可証の写し

④ 管理薬剤師の免許証の写し

⑤ 事業譲渡の場合は、事業譲渡の契約書の写し

申請書類の提出先は下記のとおりです。

ご不明な点についてのお問い合わせは、下記の医療係までご連絡ください。

問い合わせ先・提出先

〒310-8511

水戸市宮町1-8-31

TEL 029-224-6217

茨城労働局 労災補償課 医療係

労災保険指定薬局指定申請書

1 薬 局	名 称	
	所 在 地	〒 _____ 番 _____ 号 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 _____
2 管理薬剤師	氏 名	
	薬剤師、登録番号	

労災指定薬局として指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、指定されたときは、「労災保険指定薬局療養担当契約事項」に基づいて療養の給付を担当します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

開設者の住所及び氏名

(法人の場合は、名称・代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地)

住所 (所在地) _____

氏名 _____

(記名又は署名)

茨城労働局長 殿

その他

労働保険加入の状況

加入している 【労働保険番号: _____】

手続き中

※労働保険へ加入されていない薬局は、加入されてからの申請をお願いします。

変更

<労災保険指定薬局の変更手続きについて>

変更にあたっては、次の①から⑤の書類を提出してください。

- ① 指定・指名機関登録(変更)報告書（診機様式第 22 号及び第 23 号）
 - 記載していただく項目は、指定番号及び変更項目のみとなります。
 - 診機様式第 22 号及び第 23 号の 2 枚組になっていますので、変更項目欄に関係なく 2 枚とも提出してください。
 - 「記名または署名」欄がありますので、忘れずに記載してください。

- ② 口座関係の変更の場合は、口座項目欄※金融機関コード以外の全項目に記載願います。
(可能であれば通帳の写しを添付してください)

- ③ 名称・所在地・開設者等の変更で開設許可証の内容に変更が出た際は、変更後の開設許可証又は変更届の写し(受付印のあるもの)を添付してください。

- ④ 管理薬剤師の変更の場合は、薬剤師の免許の写しを添付してください。
なお、管理薬剤師のみの変更の場合は、診機様式第 22 号の提出は不要です。

- ⑤ 事業譲渡の場合は、事業譲渡の契約書の写しを添付してください。

変更書類の提出先は下記のとおりです。

ご不明な点についてのお問い合わせは、下記の医療係までご連絡ください。

問い合わせ先・提出先

〒310-8511

水戸市宮町 1-8-31

TEL 029-224-6217

茨城労働局 労災補償課 医療係

<労災保険指定薬局の辞退手続きについて>

辞退にあたっては、次の書類を提出してください。

① 労災保険指定薬局・指名機関辞退届

② 診機様式第 22 号及び 23 号

指定・指名機関登録(変更)報告書

診機様式第 22 号及び第 23 号とも②指定番号及び③変更「3」のみの記載となります。

診機様式第 22 号及び 23 号は 2 枚組になっています。2 枚とも提出してください。

提出先は下記のとおりです。

ご不明な点についてのお問い合わせも、下記の医療係までご連絡ください。

問い合わせ先・提出先

〒310-8511

水戸市宮町 1-8-31

TEL 029-224-6217

茨城労働局 労災補償課 医療係

労災保険指定薬局・指名機関辞退届

指定薬局・ 指名機関等	労災保険指定・指名番号								
	名 称								
	所 在 地								

上記の指定薬局・指名機関について、下記の理由により指名を辞退したく届出いたします。

辞退年月日	令和 年 月 日
辞 退 理 由	

令和 年 月 日

茨城労働局長 殿

開設者 住 所

氏 名

※ なお、連絡先が別の場合は下の余白に記載願います。

労災保険指定薬局・指名機関辞退届

指定・指名 機関等	指名機関の指名 番号・名称・所在 地を記入願いま す	労災保険指定・指名番号	0	8	4	0	0	0	0	1
	名 称	○○薬局								
	所 在 地	(Blank)								

上記の指定薬局・指名機関について、下記の理由により指名を辞退したく届出いたします。

指名機関を辞退する日付 及び辞退の理由を記入願 います。	辞退年月日	令和○年○月○日
辞 退 理 由	例) 事業廃止・薬局の閉鎖・譲渡による開設者変更等	

令和 年 月 日

茨城労働局長 殿

住 所
開 設 者
氏 名

開設者の住所・氏名を記載
願います。

なお、連絡先が別の場合は
下の余白に記載願います。
