

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分（「参考」を踏まえ、いずれかに○を付ける）	()	調剤基本料 1
	()	調剤基本料 2
	()	調剤基本料 3 - イ
	()	調剤基本料 3 - ロ
	()	調剤基本料 3 - ハ
	()	特別調剤基本料 A
2 保険薬局指定日	指定年月日	令和 年 月 日
	指定期開始	令和 年 月 日
3 届出の区分（該当する項目の□に「☑」を記入する）		
<input type="checkbox"/>	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められない場合）	
<input type="checkbox"/>	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められる場合）	
<input type="checkbox"/>	調剤基本料の区分変更に伴う届出	
<input type="checkbox"/>	その他（ ）	
4 調剤基本料の注 1 ただし書への該当の有無		<input type="checkbox"/> 該当（様式 87 の 2 に記入） <input type="checkbox"/> 非該当
5 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係（特別調剤基本料 A への該当性）		
(1)	ア 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係の有無	<input type="checkbox"/> なし → (2) へ <input type="checkbox"/> あり → 別紙 1 を添付すること
	イ 特別な関係のある医療機関の処方箋集中率の合計 ※別紙 1 の①A の数字を記載すること	%
	ウ 経過措置の該当性 I ~ IV のいずれかに該当する場合は「該当」に☑すること	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	I 平成 28 年 9 月 30 日以前から、病院である保険医療機関と特別な関係にあった場合	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	II 平成 30 年 3 月 31 日以前から、診療所である保険医療機関と特別な関係にあった場合	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	III 平成 30 年 3 月 31 日以前に当該保険薬局の開局に係る手続きが相当程度進捗していた場合	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	IV 令和 8 年 3 月 4 日以前に当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合 (①と②において両方「該当」に☑している場合に限る)	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	① 令和 8 年 3 月 5 日以降も当該診療所が所在し続けている場合	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	② 令和 8 年 3 月 5 日以降も新たに他の保険医療機関と特別な関係を有しない場合	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	(2)	保険薬局の敷地内のオンライン診療受診施設の有無
	オンライン診療受診施設が、医療計画におけるへき地に所在する保険薬局に設置されている	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
(3)	特別調剤基本料 A の該当性（ア、イいずれも非該当 → 「6」へ）	
	ア 次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・ 4 について「非該当」に☑をしている場合	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 5 (1) アについて「あり」に☑をしている場合 ・ 5 (1) イについて50%超である場合 ・ 5 (1) ウについて「非該当」に☑をしている場合 	
イ	5 (2)について「あり」に☑している場合であって、へき地に所在する薬局でないこと	☐該当 ☐非該当

6 処方箋の受付回数及び集中度等※同一の敷地又は建物にある複数の保険医療機関は1の保険医療機関と扱う

期間： 年 月 ～ 年 月 (か月間①)

処方箋集中度第一位の保険医療機関名	i :	処方箋集中度第二位の保険医療機関名	ii :	処方箋集中度第三位の保険医療機関名	iii :
-------------------	-----	-------------------	------	-------------------	-------

(1) 処方箋受付回数等

ア 処方箋受付回数の計算						
当該保険薬局で受け付けた全ての処方箋の受付回数					②	回
i からの受付回数	②-i	ii からの受付回数	②-ii	iii からの受付回数	②-iii	回
時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算の対象となった患者の全ての処方箋の受付回数					③	回
i からの受付回数	③-i	ii からの受付回数	③-ii	iii からの受付回数	③-iii	回
一月の処方箋の受付回数 = (②-③) / ①					④	回
i からの受付回数	④-i	ii からの受付回数	④-ii	iii からの受付回数	④-iii	回
イ 処方箋集中度の計算						
情報通信機器を用いた服薬指導を受けた患者の全ての処方箋の受付回数					⑤	回
i からの受付回数	⑤-i	ii からの受付回数	⑤-ii	iii からの受付回数	⑤-iii	回
同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含む。）の全ての処方箋の受付回数					⑥	回
i からの受付回数	⑥-i	ii からの受付回数	⑥-ii	iii からの受付回数	⑥-iii	回
同一グループの保険薬局の勤務者の家族の全ての処方箋の受付回数					⑦	回
i からの受付回数	⑦-i	ii からの受付回数	⑦-ii	iii からの受付回数	⑦-iii	回
介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・認知症高齢者グループホームの入居者に係る全ての処方箋の受付回数					⑧	回
i からの受付回数	⑧-i	ii からの受付回数	⑧-ii	iii からの受付回数	⑧-iii	回
単一建物診療患者又は単一建物居住者が1人の場合の患者の処方箋の受付回数					⑨	回
i からの受付回数	⑨-i	ii からの受付回数	⑨-ii	iii からの受付回数	⑨-iii	回
処方箋集中度 ※計算は以下のとおり						
$\textcircled{10}n = \frac{\textcircled{2}n - (\textcircled{5}n + \textcircled{6}n + \textcircled{7}n + \textcircled{8}n - \textcircled{9}n)}{\textcircled{2} - (\textcircled{5} + \textcircled{6} + \textcircled{7} + \textcircled{8} - \textcircled{9})}$						
i からの処方箋集中度	⑩-i	ii からの処方箋集中度	⑩-ii	iii からの処方箋集中度	⑩-iii	%

ウ 処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋集中度の合計(⑩-i ~ iiiの合計)	% (⑪)
(2) 同一グループ内の処方箋受付回数等 (調剤基本料3への該当性)	
ア 薬局グループへの所属の有無	<input type="checkbox"/> 所属なし(個店) → (3)へ <input type="checkbox"/> 所属あり(薬局グループ名:)
イ ⑩-iが85%超	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
ウ 1月当たりの同一グループ内の処方箋受付回数の合計	回
エ 調剤基本料3イ~ハの該当性(いずれかの区分の該当に☑すること)	
調剤基本料3イ(以下のいずれかに該当があれば該当に☑すること)	<input type="checkbox"/> 該当
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・イについて「該当」に☑をしている場合 ・ウが3.5万回超40万回以下の場合	<input type="checkbox"/> 該当
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・ウが3.5万回超40万回以下の場合 ・「5」の(1)ウについて「該当」に☑している場合	<input type="checkbox"/> 該当
調剤基本料3ロ	
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・イについて「該当」に☑をしている場合 ・ウが40万回以上の場合	<input type="checkbox"/> 該当
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・ウが40万回以上の場合 ・「5」の(1)ウについて「該当」に☑している場合	<input type="checkbox"/> 該当
調剤基本料3ハ	
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・イについて「非該当」に☑している場合 ・ウが40万回以上の場合 ・⑪が70%以下	<input type="checkbox"/> 該当
(3) 処方箋の集中状況等 (調剤基本料2の該当性)	
ア ④が4000回超かつ⑪が70%超	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 → 「イ」へ
イ ④が1800回超かつ⑩-iが85%超	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 → 「ウ」へ
ウ I~Vのすべてに該当すること	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 → 「エ」へ
I 当該保険薬局の指定日が令和8年6月1日以降である	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
II 特別区又は政令指定都市に所在する	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
III 当該保険薬局から500m以内に他の保険薬局がある	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
IV ④が600回超かつ1800回以下である	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
V ⑩-iが85%超である	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
エ ②-iが4000回超	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 → 「オ」へ
オ 以下の⑫と④-iを合計した処方箋受付回数が4000回超	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 → 「(4)」へ
ア 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局数	施設

	イ アの保険薬局における主たる保険医療機関からの処方箋受付回数の合計	⑫	回
(4)	4、5(3)ア若しくはイ又は6(2)エ若しくは(3)アからオまでのいずれも該当しない(調剤基本料1の該当性)	<input type="checkbox"/>	該当
7	門前薬局等立地依存減算の該当性 ((1)に該当、かつ、(2)又は(3)に該当があれば該当に☑すること)	<input type="checkbox"/>	該当
(1)	当該保険薬局の指定日が令和8年6月1日以降である	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 非該当
(2)	門前薬局の該当性		
	ア 6(3)ウのⅡとⅢのいずれにも該当する	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	イ ⑩-iが85%超である	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	ウ 次の①から③までのいずれかに該当する	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	① 200床以上の保険医療機関から100m以内に所在し、当該区域内及び当該保険医療機関の敷地内に他の保険薬局が2以上ある	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	② 周囲50m以内に他の保険薬局が2以上ある	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	③ 周囲50m以内にある他の保険薬局が②に該当する	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 非該当
(3)	医療モール等の該当性		
	ア ⑩-iが85%超である	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	イ 保険医療機関と同一の敷地又は建物に所在する	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 非該当

[記載上の注意]

- 「2」については、地方厚生局ホームページに掲載されている「コード内容別医療機関一覧表」を確認の上記載する。
- 「3」については、保険薬局の新規指定(遡及指定が認められる場合を除く。)の場合は、指定日の属する月の翌月から3ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が調剤基本料1等から変更になる場合は届出が必要になることに注意する。
- 「3」については、「その他」に☑を記入した場合は、理由を記載する。
- 「3」については、令和8年度改定に伴い新たに区分変更の届出を行う場合には、「その他」に☑を記入し、「令和8年度改定に伴う届出」と記載する。
- 「4」については、調剤基本料の注1ただし書に該当する保険薬局の場合においては、「該当」に☑を記入し、様式87の2を添付する。
- 「6」については、処方箋集中率第1位の保険医療機関が同一敷地内又は同一建物内に所在する場合は「医療モール」と記載し、別紙2に各保険医療機関名等を記載する。
- 「6」②については、リフィル処方箋による調剤を行う場合、調剤実施ごとに受付回数計算に含める。
- 「6(2)ア」については、グループ内で統一したグループ名を記載する。
- 「6(2)ウ」については、1月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年4月末時点でグループに属している保険薬局の④の値(小数点以下は四捨五入)を合計した値を記載する。