

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 届出の区分 (該当する項目の□に「☑」を記入する)		
□	新規指定に伴う新規届出 (遡及指定が認められる場合を除く)	指定日 令和 年 月 日
□	新規指定に伴う届出 (遡及指定が認められる場合)	
□	調剤基本料の区分変更に伴う届出	
□	その他 ()	
3 調剤基本料の注 1 ただし書への該当の有無 (医療資源の少ない地域に所在する保険薬局)		□あり (様式 87 の 2 の添付が必要) □なし
4 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)		
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※ ¹ ※ ¹ ウの (イ) から (ニ) までのいずれかに該当する場合は「あり」に☑する。		□なし →「5」へ □あり
イ 特別な関係を有する保険医療機関名		名称 : □病院 □診療所
ウ 下記の (イ) から (ニ) のうち保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係に該当するものは「あり」に☑する		
(イ)	保険医療機関と不動産の賃貸借取引	□なし □あり※ ²
(ロ)	保険医療機関が譲り渡した不動産の利用	□なし □あり※ ²
(ハ)	保険薬局が所有する設備の貸与	□なし □あり
(ニ)	保険医療機関による開局時期の指定	□なし □あり※ ²
エ 特別な関係を有する保険医療機関からの処方箋受付回数		回
オ 特別な関係を有する保険医療機関に係る処方箋集中率		%
※² 病院と平成 28 年 10 月 1 日以降に新規に開局し指定を受けた保険薬局との間で「特掲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 (通知)」(令和 6 年 3 月 5 日保医発 0305 第 6 号。以下「特掲診療料施設基準通知」という。)の別添 1 の「第 88 の 4 特別調剤基本料 A」の 2 の (2) に示すア、イ若しくはエの関係がある場合又は診療所と平成 30 年 4 月 1 日以降に新規に開局し指定を受けた保険薬局 (同一建物内に診療所が所在している場合を除く。)との間でア、イ若しくはエの関係がある場合に「あり」に☑を記入すること。 また、遡及指定が認められる場合であって、遡及指定前から移転等により不動産賃貸借関係が変更となる場合には、遡及指定後の不動産賃貸借関係を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との間でアの関係がある場合に「あり」に☑を記入すること。ただし、病院と平成 28 年 9 月 30 日以前からア若しくはイの関係がある場合又は診療所と平成 30 年 3 月 31 日以前からア若しくはイの関係がある場合を除く。		

5 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	☐ 所属していない（個店） →「6」へ ☐ 所属している	
イ 所属するグループ名		
ウ 同一グループの保険薬局数（①）		
エ 1月当たりの同一グループ内の処方箋受付回数の合計（②）	回	
オ 特定の保険医療機関との不動産の賃貸借取引の有無	☐ なし ☐ あり	
6 処方箋の受付回数及び集中率等		
期間： 年 月 ～ 年 月 （ か月間③）		
（1）全処方箋受付回数等		
ア 全処方箋受付回数（④）	回	
イ アのうち、主たる（処方箋受付回数が第1位の）保険医療機関からの処方箋受付回数（⑤）	回	
ウ 主たる保険医療機関名		
エ 処方箋集中率（⑥）	%	
オ 1月あたりの処方箋受付回数（④/③）が4000回を超える場合下記の力からケを記載する。	☐ 4000回を超えていない →「6」の（2）へ ☐ 4000回を超える	
	処方箋受付回数が 第2位の医療機関	処方箋受付回数が 第3位の医療機関
カ 保険医療機関名		
キ アのうち、それぞれの保険医療機関からの処方箋受付回数	回（⑦）	回（⑧）
ク それぞれの保険医療機関の処方箋集中率	%（⑨）	%（⑩）
ケ 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率の合計（⑥、⑨及び⑩の合計）	%（⑪）	
（2）同一建物内にある保険医療機関の有無等（調剤基本料2の該当性）		
ア 同一建物内の保険医療機関の有無	☐ なし →「（3）」へ ☐ あり	
イ 同一建物内の保険医療機関数（⑫）	施設	
ウ イの保険医療機関からの処方箋受付回数の合計（⑬）	回	
（3）主たる保険医療機関が同一のグループ内の他の保険薬局の有無等（調剤基本料2の該当性）		
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の有無	☐ なし →記載終了 ☐ あり	
イ 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（⑭）	施設	
ウ イ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（⑮）	回	
エ ⑤と⑮を合計した処方箋受付回数（⑯）	回	

(参考)

調剤基本料の区分については、以下の A から E に基づき判定し、表の「1」に該当する区分に○をつける。ただし、実績が判定されるまではそれぞれの項目について、該当しないものとして取り扱う。

A 医療資源の少ない地域に所在する保険薬局への該当性（表の「3」の「あり」に☑）

該当 → 調剤基本料 1 に該当

該当しない → B へ

B 特別調剤基本料 A への該当性

・ 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係にない（表の「4」でアで「なし」に☑）
→ C へ

・ 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係があり（表の「4」のウの（イ）から（ニ）いずれかの「あり」に☑）、かつ、特別な関係を有する保険医療機関に係る処方箋集中率（「4」のオ）が 50% を超える

該当 → 特別調剤基本料 A に該当

該当しない → C へ

C 調剤基本料 3 への該当性

（1） 薬局グループに所属していない（表の「5」のアの「所属していない（個店）」に☑）
→ D-1 へ

（2） 同一グループの保険薬局数（表の①）が、

・ 300 以上 → C-3 へ

・ 300 未満 → （3）へ

（3） 同一グループの 1 月当たりの処方箋受付回数（表の②）が、

・ 3 万 5 千回以下 → D-1 へ

・ 3 万 5 千回を超え、4 万回以下 → C-1 へ

・ 4 万回を超え、40 万回以下 → C-2 へ

・ 40 万回を超える → C-3 へ

C-1 同一グループの保険薬局数：300 未満かつ

グループ内の 1 月当たりの処方箋受付回数：3 万 5 千回を超え、4 万回以下

・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料 3 イに該当

・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のオの「あり」に☑）

・ 処方箋集中率（表の⑥）が 95% を超える

・ いずれにも該当しない → D-1 へ

C-2 同一グループの保険薬局数：300 未満かつ

グループ内の 1 月当たりの処方箋受付回数：4 万回を超え、40 万回以下

- ・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料 3 イに該当
- ・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のオの「あり」に「☒」）
- ・ 処方箋集中率（表の⑥）が 85%を超える
- ・ いずれにも該当しない → D-1 へ

C-3 同一グループの保険薬局数：300 以上又は

グループ内の 1 月あたりの処方箋受付回数：40 万回を超える

- ・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料 3 ロに該当
- ・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のオの「あり」に「☒」）
- ・ 処方箋集中率（表の⑥）が 85%を超える
- ・ いずれにも該当しない → D-1 へ

D-1 調剤基本料 2 への該当性 1

- ・ 1 つの保険医療機関からの 1 月あたりの処方箋受付回数の合計（表の⑤/③）：4,000 回を超える
- 該当 → 調剤基本料 2 に該当
- 該当しない → D-2 へ

D-2 調剤基本料 2 への該当性 2

- ・ 同一建物内に保険医療機関がない（表の「6」の（2）のアの「なし」に「☒」）
→ D-3 へ
- ・ 同一建物内に保険医療機関がある（表の「6」の（2）のアの「あり」に「☒」）
- ・ 当該保険医療機関からの 1 月当たりの処方箋受付回数（表の⑬/③）：4,000 回を超える
- 該当 → 調剤基本料 2 に該当
- 該当しない → D-3 へ

D-3 調剤基本料 2 への該当性 3

- ・ 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がない（表の「6」の（3）のアの「なし」に「☒」）
→ D-4 へ
- ・ 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がある（表の「6」の（3）のアの「あり」に「☒」）
- ・ 当該保険医療機関からの 1 月当たりの処方箋受付回数の合計（表の⑮/③）：4,000 回を超える
- 該当 → 調剤基本料 2 に該当
- 該当しない → D-4 へ

D-4 調剤基本料 2 への該当性 4

- ・ 次の a, b のいずれかに該当 → 調剤基本料 2 に該当
- a) 1 月当たりの処方箋受付回数（表の④/③）及び処方箋集中率（表の⑥）がそれぞれ、

- ・ 4,000 回を超え、かつ、70%を超える
- ・ 2,000 回を超え、かつ、85%を超える
- ・ 1,800 回を超え、かつ、95%を超える

b) 1 月当たりの処方箋受付回数（表の④/③）が 4,000 回を超え、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（表の⑪）が 70%を超える

- ・ いずれにも該当しない → E－1 へ

E 調剤基本料 3 のハへの該当性

（１） 薬局グループに所属していない（表の「５」のアの「所属していない（個店）」に☑）

→調剤基本料 1 に該当

（２） 同一グループの保険薬局数（表の①）が、

- ・ 300 以上 →調剤基本料 3 のハに該当
- ・ 300 未満 →（３）へ

（３） 同一グループの 1 月当たりの処方箋受付回数（表の②）が、

- ・ 40 万回を超える →調剤基本料 3 のハに該当
- ・ 40 万回以下 →調剤基本料 1 に該当

[記載上の注意]

- 1 「2」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。
- 2 「2」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 「2」については、令和6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6年度改定に伴う届出」と記載する。
- 4 「3」については、注1ただし書に該当する保険薬局の場合においては、「あり」に☑を記入し、様式87の2を添付する。
- 5 「4」については、特掲診療料施設基準通知の別添1の「第88の4 特別調剤基本料A」により判断する。
- 6 「5」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こと。また、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④／③の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載すること。同一グループの保険薬局数は、当年4月末時点における同一グループ内の保険薬局の数（当該保険薬局を含む。）を記載すること。
- 7 「5」のオについては、特掲診療料施設基準通知の別添1の「第88の3 調剤基本料3」の2の（5）により判断する。
- 8 「6」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の計算に含める（ただし、9のアからウの本文に該当する場合を除く。）。
- 9 「6」については、処方箋の受付回数は次の処方箋を除いた受付回数を記載する。
 - ア 時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋
 - イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋（ただし、在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。）の処方箋については、単一建物診療患者が1人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。）
 - ウ 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の基となる調剤に係る処方箋（ただし、単一建物居住者が1人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。）
- 10 「6」の⑥については、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で、⑤／④、同様に、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で、「6」の⑨については⑦／④、「6」の⑩については⑧／④として計算する。
- 11 「6」の⑫について、主たる保険医療機関が同一建物内にある場合は、当該保険医療機関を含めた数を記載する。また、⑬については、⑤を含めて記載する。