

小児慢性特定疾病「指定医療機関」申請について

1、 指定医療機関の要件及び責務

【要件】(法第19条の9)

- ① 以下の医療機関等であること。
 - ・保険医療機関
 - ・保険薬局
 - ・健康保険法に規定する指定訪問看護事業者
- ② 法19条の9第2項で定める欠格事項(申請様式裏面参照)に該当していないこと。

【責務】

- ① 指定小児慢性特定疾病医療機関の診療方針は健康保険の診療方針の例によること。
- ② 指定小児慢性特定疾病医療機関は、小児慢性特定疾病に係る、良質かつ適切な医療を行わなければならない。
- ③ 指定小児慢性特定疾病医療機関は、小児慢性特定疾病医療費助成に係る医療の実施に関し、沖縄県知事の指導を受けなければならない。

2、 提出書類

- ① 申請書及び裏面役員名簿
- ② 保険医療機関／保険薬局指定通知書の写し…医療機関、薬局の場合
指定訪問看護事業者審査結果通知書の写し…訪問看護の場合
※②は保険医療機関等であることを確認する際に必要ですので、必ず添付するようお願いします。

3、 提出先

〒900-8570 沖縄県那覇市泉崎1-2-2

沖縄県 保健医療介護部 地域保健課 疾病対策班

(令和6年4月から所管課が変わりました。)

4、 指定の有効期限

6年間(原則申請のあった日の翌月1日から指定。1日が申請日の場合に限り、申請のあった当月1日からの指定)

5、 その他

- ・指定医療機関は県ホームページで公表します。
- ・指定後に県より「指定通知書」を送付します。