

## 法第5条の2第1項の認定の申請等の手続きについて

## 第1 認定の申請手続き

法第5条の2第1項の認定の申請は、以下のとおり行うこと。

- (1) 同一の医師少数区域等所在病院等における連続した勤務に基づき申請を行う場合
- ・ 申請者は、認定に必要な経験に関する所定の事項を別記様式1-1に基づき記載すること。
  - ・ 認定に必要な業務を行った医療機関として別記様式1-1に記載された医師少数区域等所在病院等の管理者は、申請者の勤務についての証明書を別記様式1-2に基づき記載すること。
  - ・ 申請者は、認定に必要な業務を行うこととなった理由、当該業務を行った医師少数区域等所在病院等の勤務環境、当該業務を行った期間及びその前後の期間における勤務地その他の勤務の状況について、別記様式4に基づき記載すること。
  - ・ 別記様式1-1, 1-2, 4に基づき記載した申請書及び以下の書類を住所地の都道府県を管轄する地方厚生局に提出すること。
    - ・ 臨床研修修了登録証の写し  
(平成16年3月以前の医師免許取得者にあつては「医師免許証の写し」)
    - ・ 認定証送付用封筒(角形2号の封筒に住所・氏名を記載し、575円分の切手を貼付のこと。)
- (2) 医師免許取得後9年以上経過した医師による同一又は複数の医師少数区域等所在病院等における断続的な勤務に基づき申請を行う場合
- ・ 申請者は、認定に必要な経験に関する所定の事項を別記様式2-1に基づき記載すること。
  - ・ 認定に必要な業務を行った医療機関として別記様式2-1に記載された全ての医師少数区域等所在病院等の管理者は、申請者による当該医療機関における勤務についての証明書を別記様式2-2に基づき記載すること。
  - ・ 申請者は、認定に必要な業務を行うこととなった理由、当該業務を行った医師少数区域等所在病院等の勤務環境、当該業務を行った期間及びその前後の期間における勤務地について、別記様式4に基づき記載すること。
  - ・ 別記様式2-1, 2-2, 4に基づき記載した申請書及び以下の書類を住所地の都道府県を管轄する地方厚生局に提出すること。
    - ・ 臨床研修修了登録証の写し  
(平成16年3月以前の医師免許取得者にあつては「医師免許証の写し」)
    - ・ 認定証送付用封筒(角形2号の封筒に住所・氏名を記載し、575円分の切手を貼付のこと。)

## 第2 認定証明書の再交付の申請

認定証明書の再交付の申請は、別記様式3に基づき記載した再交付申請書及び以下の書類を、住所地の都道府県を管轄する地方厚生局に提出すること。

- ・臨床研修修了登録証の写し

(平成16年3月以前の医師免許取得者にあっては「医師免許証の写し」)

- ・認定証送付用封筒

(角形2号の封筒に住所・氏名を記載し、575円分の切手を貼付のこと。)

認定年月日

法第 5 条の 2 第 1 項の認定の申請書

(同一の医師少数区域等所在病院等における連続した勤務に基づき申請を行う場合)

医 籍 登録番号	第						号	医籍登録 年月日	令和 平成 昭和			年			月			日
								臨床研修 修了登録 年月日	令和 平成			年			月			日

認定の対象となる勤務を行った医療機関の名称及び所在地並びに勤務期間

医療機関の名称	所在地
<b>勤務期間</b>	
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
<p>当該期間において、週 32 時間以上*の勤務を (行った 行っていない)</p> <p>※ 本申請書における「週 32 時間以上の勤務」とは、育児・介護休業法の規定に基づき短時間勤務を行っている場合については、週 30 時間以上の勤務の場合も含まれること。</p>	
<p>当該期間において、妊娠・出産・育児・傷病・短期の休暇等により週 32 時間以上の勤務を中断した場合は、以下に期間と理由を記載すること。</p> <p>①令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (理由: )</p> <p>②令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (理由: )</p>	
<b>当該医療機関で行った業務 (アからウまでのそれぞれにつき 1 つ以上○で囲むこと。)</b>	
<p>(ア) 個々の患者に対し、その生活状況を考慮し、幅広い病態について継続的な診療及び保健指導を行う業務</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>地域の患者への継続的な診療</li> <li>診療時間外の患者の急変時の対応</li> <li>在宅療養を行っている患者に対する継続的な訪問診療</li> <li>在宅療養を行っている患者が急変した際の往診</li> <li>小児等に対する夜間診療の実施</li> <li>その他 ( )</li> </ol> <p>※アの業務は、専門的な医療機関に対する患者の受診の必要性の判断を含むものとする。</p>	
<p>(イ) 他の病院等との連携及び患者が住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう支援するための保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に関する業務</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>地域ケア会議、要保護児童対策地域協議会等への参加</li> <li>他の医療機関又は介護・福祉事業者が加わる退院カンファレンスへの参加等、患者の転院、転棟、退院先との調整</li> <li>介護認定審査会への参加</li> <li>地域の医療従事者に対する研修の実施 (講師としての参加を含む。)</li> <li>その他 ( )</li> </ol>	
<p>(ウ) 地域住民に対する健康診査、保健指導その他の地域保健に関する業務</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>公共的な性格を有する定型的な健康診断*及びその結果に基づく保健指導</li> </ol> <p>※ 労働安全衛生法に基づく健康診断 学校保健法に基づく健康診断</p>	

母子保健法に基づく健康診査  
健康増進法に基づくがん検診  
高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健康診査  
保険者からの委託に基づく健康診断 等が含まれる。

2. 予防接種法に掲げられた疾病の予防を目的とした予防接種
3. 地域で行われる母親学級での講演や、地域で行われる生活習慣病等に関する院内外における講習会等、地域住民に対する保健医療に関する講習会の実施（講師としての参加を含む。）
4. その他（ ）

上記のとおり業務を行ったことをもって、医療法第5条の2第1項の認定を申請します。

令和 年 月 日

本籍 (国籍)		都 道 府 県	
郵便番号		電話番号	
住 所		都 道 府 県	

ふりがな			印	性別	男
氏 名	(姓)	(名)			女

生年月日	昭和 平成 西暦					年				月			日
------	----------------	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

厚生労働大臣 殿

地方厚生局受付印

## 医療法第 5 条の 2 第 1 項の認定に必要な経験に係る証明書

(同一の医師少数区域等所在病院等における連続した勤務に基づき申請を行う場合)

当該医療機関における勤務期間に関して下記の記載に相違ないこと及び申請者が当該期間に当該医療機関において以下の (ア) から (ウ) の全ての業務を行ったことを証明する。

年 月 日

(医療機関の名称)

(管理者氏名)

印

申請者氏名 ( 年 月 日生まれ)

医療機関の名称	所在地
<b>勤務期間</b>	
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
当該期間において、週 32 時間以上*の勤務を (行った 行っていない)	
※ 本申請書における「週 32 時間以上の勤務」とは、育児・介護休業法の規定に基づき短時間勤務を行っている場合については、週 30 時間以上の勤務の場合も含まれること。	
当該期間において、妊娠・出産・育児・傷病・短期の休暇等により週 32 時間以上の勤務を中断した場合は、以下に期間と理由を記載すること。	
①令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (理由: )	
②令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (理由: )	

厚生労働大臣 殿

## (ア) から (ウ) の業務

- (ア) 個々の患者に対し、その生活状況を考慮し、幅広い病態について継続的な診療及び保健指導を行う業務
- (イ) 他の病院等との連携及び患者が住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう支援するための保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に関する業務
- (ウ) 地域住民に対する健康診査、保健指導その他の地域保健に関する業務

(アの業務の例)

- ・地域の患者への継続的な診療
- ・診療時間外の患者の急変時の対応
- ・在宅療養を行っている患者に対する継続的な訪問診療
- ・在宅療養を行っている患者が急変した際の往診
- ・小児等に対する夜間診療の実施

※アの業務は、専門的な医療機関に対する患者の受診の必要性の判断を含むものとする。

(イの業務の例)

- ・地域ケア会議、要保護児童対策地域協議会等への参加
- ・他の医療機関又は介護・福祉事業者が加わる退院カンファレンスへの参加等、患者の転院、転棟、退院先との調整
- ・介護認定審査会への参加
- ・小児の慢性疾患患者についての教育施設等、環境の面で特別な配慮が必要な慢性疾患患者についての環境を担う施設との調整
- ・地域の医療従事者に対する研修の実施（講師としての参加を含む。）

(ウの業務の例)

- ・公共的な性格を有する定型的な健康診断※及びその結果に基づく保健指導

※ 労働安全衛生法に基づく健康診断

学校保健法に基づく健康診断

母子保健法に基づく健康診査

健康増進法に基づくがん検診

高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健康診査

保険者からの委託に基づく健康診断

等が含まれる。

- ・予防接種法に掲げられた疾病の予防を目的とした予防接種
- ・地域で行われる母親学級での講演や、地域で行われる生活習慣病等に関する院内外における講習会等、地域住民に対する保健医療に関する講習会の実施（講師としての参加を含む。）

医療法第5条の2第1項の認定の申請書

(医師免許取得後9年以上経過した医師による同一又は複数の医師少数区域等所在病院等における断続的な勤務に基づき申請を行う場合)

医 籍 登 録 番 号	第						号	医籍登録 年 月 日	令和 平成 昭和			年			月			日
								臨床研修 修了登録 年 月 日	令和 平成			年			月			日

認定の対象となる勤務を行った医療機関の名称及び所在地、勤務期間並びに当該医療機関において行った業務

※ 認定の対象となる勤務を行った医療機関が複数ある場合は、そのうち勤務を開始した時期が早い医療機関における勤務から順に次項の欄に記載すること。

※ 下欄のア～ウの業務の具体例としては、以下のものが考えられる。

(アの業務の例)

- ・地域の患者への継続的な診療
- ・診療時間外の患者の急変時の対応
- ・在宅療養を行っている患者に対する継続的な訪問診療
- ・在宅療養を行っている患者が急変した際の往診
- ・小児等に対する夜間診療の実施※アの業務は、専門的な医療機関に対する患者の受診の必要性の判断を含むものとする。

(イの業務の例)

- ・地域ケア会議、要保護児童対策地域協議会等への参加
- ・他の医療機関又は介護・福祉事業者が加わる退院カンファレンスへの参加等、患者の転院、転棟、退院先との調整
- ・介護認定審査会への参加
- ・地域の医療従事者に対する研修の実施（講師としての参加を含む。）

(ウの業務の例)

- ・公共的な性格を有する定型的な健康診断※及びその結果に基づく保健指導
  - ※ 労働安全衛生法に基づく健康診断
  - 学校保健法に基づく健康診断
  - 母子保健法に基づく健康診査
  - 健康損診放に基づくがん検診
  - 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健康診査
  - 保険者からの委託に基づく健康診断 等が含まれる。
- ・予防接種法に掲げられた疾病の予防を目的とした予防接種
- ・地域で行われる母親学級での講演や、地域で行われる生活習慣病等に関する院内外における講習会等、地域住民に対する保健医療に関する講習会の実施（講師としての参加を含む。）

認定の対象となる勤務（ ）

医療機関の名称	所在地
<b>勤務期間</b>	
令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日のうち 日	
<b>当該医療機関において行った業務（該当するものを○で囲むこと。）</b>	
<p><b>(ア) 個々の患者に対し、その生活状況を考慮し、幅広い病態について継続的な診療及び保健指導を行う業務</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 地域の患者への継続的な診療</li> <li>2. 診療時間外の患者の急変時の対応</li> <li>3. 在宅療養を行っている患者に対する継続的な訪問診療</li> <li>4. 在宅療養を行っている患者が急変した際の往診</li> <li>5. 小児等に対する夜間診療の実施</li> <li>6. その他（ ）</li> </ol> <p>※アの業務は、専門的な医療機関に対する患者の受診の必要性の判断を含むものとする。</p>	
<p><b>(イ) 他の病院等との連携及び患者が住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう支援するための保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に関する業務</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 地域ケア会議、要保護児童対策地域協議会等への参加</li> <li>2. 他の医療機関又は介護・福祉事業者が加わる退院カンファレンスへの参加等、患者の転院、転棟、退院先との調整</li> <li>3. 介護認定審査会への参加</li> <li>4. 地域の医療従事者に対する研修の実施（講師としての参加を含む。）</li> <li>5. その他（ ）</li> </ol>	
<p><b>(ウ) 地域住民に対する健康診査、保健指導その他の地域保健に関する業務</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 公共的な性格を有する定型的な健康診断※及びその結果に基づく保健指導             <ul style="list-style-type: none"> <li>※ 労働安全衛生法に基づく健康診断</li> <li>学校保健法に基づく健康診断</li> <li>母子保健法に基づく健康診査</li> <li>健康増進法に基づくがん検診</li> <li>高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健康診査</li> <li>保険者からの委託に基づく健康診断 等が含まれる。</li> </ul> </li> <li>2. 予防接種法に掲げられた疾病の予防を目的とした予防接種</li> <li>3. 地域で行われる母親学級での講演や、地域で行われる生活習慣病等に関する院内外における講習会等、地域住民に対する保健医療に関する講習会の実施（講師としての参加を含む。）</li> <li>4. その他（ ）</li> </ol>	



上記のとおり業務を行ったことをもって、医療法第5条の2第1項の認定を申請します。

令和 年 月 日

本籍 (国籍)	都 道 府 県
郵便番号	電話番号
住 所	都 道 府 県

ふりがな			印	性別	男
氏 名	(姓)	(名)			女

生年月日	昭和 平成 西暦					年				月			日
------	----------------	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

厚生労働大臣 殿

地方厚生局受付印

## 医療法第 5 条の 2 第 1 項の認定に必要な経験に係る証明書

(医師免許取得後 9 年以上経過した医師による同一又は複数の医師少数区域等所在病院等における断続的な勤務に基づき申請を行う場合)

当該医療機関における勤務期間及び業務内容に関し、下記の記載に相違ないことを証明する。

年 月 日

(医療機関の名称)

(管理者氏名)

印

申請者氏名 ( 年 月 日生まれ)

医療機関の名称	所在地
<b>勤務期間</b>	
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日のうち 日	
<b>当該医療機関において行った業務 (該当するものを○で囲むこと。)</b>	
ア 個々の患者に対し、その生活状況を考慮し、幅広い病態について継続的な診療及び保健指導を行う業務	
イ 他の病院等との連携及び患者が住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう支援するための保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に関する業務	
ウ 地域住民に対する健康診査、保健指導その他の地域保健に関する業務	

厚生労働大臣 殿

※ 上欄のア～ウの業務の具体例としては、以下のものが考えられる。

(アの業務の例)

- ・ 地域の患者の慢性疾患に対する継続的な治療
  - ・ その他、地域の患者への継続的な診療及び保健指導
  - ・ 地域住民に外来診療が必要となった際の外来診療
  - ・ 地域の患者に入院治療が必要となった際の入院治療
  - ・ 診療時間外の患者の急変時の対応
  - ・ 在宅療養を行っている患者に対する継続的な訪問診療
  - ・ 在宅療養を行っている患者が急変した際の往診
- ※アの業務は、専門的な医療機関に対する患者の受診の必要性の判断を含むものとする。

(イの業務の例)

- ・ 地域ケア会議、要保護児童対策地域協議会等への参加
- ・ 他の医療機関又は介護・福祉事業者が加わる退院カンファレンスへの参加等、患者の転院、転棟、退院先との調整
- ・ 介護認定審査会への参加
- ・ 小児等に対する夜間診療の実施

- ・小児の慢性疾患患者についての教育施設等、環境の面で特別な配慮が必要な慢性疾患患者についての環境を担う施設との調整
  - ・地域の医療従事者に対する研修の実施（講師としての参加を含む。）
- (ウの業務の例)
- ・公共的な性格を有する定型的な健康診断\*及びその結果に基づく保健指導
    - ※ 労働安全衛生法に基づく健康診断
    - 学校保健法に基づく健康診断
    - 母子保健法に基づく健康診査
    - 健康増進法に基づくがん検診
    - 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健康診査
    - 保険者からの委託に基づく健康診断 等が含まれる。
  - ・予防接種法に掲げられた疾病の予防を目的とした予防接種
  - ・地域で行われる母親学級での講演や、地域で行われる生活習慣病等に関する院内外における講習会等、地域住民に対する保健医療に関する講習会の実施（講師としての参加を含む。）

## 医療法第5条の2第1項の認定証明書の再交付申請書

医療法第5条の2第1項 認定年月日	令和 年 月 日
----------------------	----------

医 籍 登録番号	第						号	医籍登録 年 月 日	令和 平成 昭和			年			月			日
								臨床研修 修了登録 年 月 日	令和 平成			年			月			日

本籍 (国籍)		都 道 府 県
郵便番号		電話番号
住 所		都 道 府 県

ふりがな			印	性別	男
氏 名	(姓)	(名)			女

生年月日	昭和 平成 西暦					年			月			日
------	----------------	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

上記認定証を（き損・亡失）したので関係書類を添えて再交付を希望します。

厚生労働大臣 殿

地方厚生局受付印