(別紙様式１)

特別の療養環境の提供の実施(変更)報告書

(入院医療に係るもの)

上記について報告します。

令和 　 年 　 月 　 日

保険医療機関コード

連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険医療機関の

担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地及び名称

　電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者名

北海道厚生局長　殿

(実施日・変更日 　 年 　 月　 日)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区 分 | 費 用 徴 収 を行わない病床数 | 費用徴収を行うこととしている病床 |
| 計 | 内 訳 | 金 額 |
| 個 室 | 床 | 床 | 床 | 円 |
| 床 | 円 |
| 床 | 円 |
| 床 | 円 |
| ２人室 | 床 | 床 | 床 | 円 |
| 床 | 円 |
| 床 | 円 |
| 床 | 円 |
| ３人室 | 床 | 床 | 床 | 円 |
| 床 | 円 |
| 床 | 円 |
| 床 | 円 |
| ４人室 | 床 | 床 | 床 | 円 |
| 床 | 円 |
| 床 | 円 |
| 床 | 円 |
| ５人室以上 | 床 |  |  |
| 合 計 |  | ① 床 | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| ②全病床数 | 床 |
| 費用徴収病床割合(①÷②) | ％ |

注１ 病床数については、「費用徴収を行わない病床数」、「費用徴収を行うこととしている病床」、

「全病床数」の全てについて、健康保険法第63条第３項第１号の指定に係る病床について記載

すること。

注２ 「費用徴収を行うこととしている病床」欄については、徴収金額ランクごとに記載すること

とし、枠が足りない場合は、適宜取り繕うこと。

注３ 「費用徴収病床割合」欄については、小数点以下第２位を四捨五入した数を記載すること。