

別　紙

施設基準等の届出にかかる算定開始日の遡及について

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新　新保険医療機関（薬局）コード | 　　 | 　　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

・新保険医療機関（薬局）コードが不明の場合は空欄でも差し支えありません。

所在地

保険医療機関名

保 険 薬 局 名

開　設　者　名

連絡先電話番号

当該保険医療機関（保険薬局）は令和　　年　　月　　日に遡及して指定申請を行いましたが、従前の保険医療機関（保険薬局）において実施していた下記の施設基準については、引き続き基準を維持して実施していることから、算定開始日を新保険医療機関（保険薬局）の指定年月日と同一にしていただきますようお願いいたします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新 旧保険医療機関（薬局）コード | 　　 | 　　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

施設基準名　 [ 　　　　　　 　 ]

㊟

・この用紙は施設基準ごとに作成・添付してください。