

(別紙様式6)

初診等の保険外併用療養費届出状況報告書

(平成29年7月1日現在)

都道府県名

保険医療機関コード ※レセプトに記載する7桁の数字を 記載すること。		
保険医療機関の名称		
医科・歯科の別 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 医科 <input type="checkbox"/> 2. 歯科	
報告種別 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 一般病床200床以上の病院(2.を除く。) <input type="checkbox"/> 2. 特定機能病院又は一般病床(児童福祉法(昭和22年法律第164号)第6条の2の2第3項に規定する指定発達支援医療機関及び同法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設に係る一般病床を除く。)500床以上の地域医療支援病院	
一般病床の数	((報告種別2に該当する地域医療支援 病院のみ記載すること。) 上記のうち指定発達支援医療機関及び 医療型障害児入所施設に係る病床の数)	床 床
徴収額	1. 初診に係る特別の料金	【医科】 円(消費税含む) / 【歯科】 円(消費税含む)
	2. 再診に係る特別の料金	【医科】 円(消費税含む) / 【歯科】 円(消費税含む)

※初診や再診に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。