

(別紙様式 7)

医療機関コード番号

予約に基づく診察等の保険外併用療養費届出状況報告書

標記について報告します。

平成 29 年 7 月 1 日

保険医療機関の
名 称

1 予約に基づく診察 (予約料)

_____ 円
(消費税含む)

2 時間外診察 (徴収額)

_____ 円
(消費税含む)

注 平成 29 年 7 月 1 日現在、報告を行っている特別の料金について、記載すること。
なお、特別の料金等の内容を変更しようとする場合は、予約に基づく診察に関する事項は別紙様式 3
により、時間外診察に関する事項は、別紙様式 4 により、別途地方厚生(支)局長にその都度報告が
必要です。