

保険医療機関コード	
-----------	--

入院基本料及び特定入院料の施設基準に
関する状況についての自己点検結果提出

令和 年 月 日

保険医療機関 名称
所在地
開設者名

報告書作成担当者名	
電話番号	() -

※報告内容に係る照会に対応できる実際の担当者名を記載すること。

※東北厚生局各県事務所(宮城県にあっては指導監査課)までお送りください。