

チェックリスト〔施設基準等の届出状況等の報告〕

提出の有無欄に☑チェックマークを付して、報告書と一緒に提出してください。無に☑した様式については、提出不要です。

医療機関	届出様式	提出の有無	様式番号	提出の有無	様式番号
病院	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有	別紙様式 1-1①②	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 6
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 1-2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 7
		<input type="checkbox"/> 有	別紙様式 1-3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 8
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 4-1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 4-2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12
	施設基準 (基本診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 5
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 6
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 7
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 4		
	施設基準 (特掲診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 6
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 7
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 8
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 4	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 9
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 5		
	保険外併用 療養費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2		
有床 診療所	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有	別紙様式 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 7
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 4-1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 4-2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12
	施設基準 (基本診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 7	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 9
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 8		
	施設基準 (特掲診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 8
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 10
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 5		
保険外併用 療養費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2			
無床 診療所 A	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 7	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9		
	施設基準 (特掲診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 8
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 10
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 5		
保険外併用 療養費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2			
無床 診療所 B	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 7	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9		
	保険外併用 療養費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2		
歯科	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 5	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12
	施設基準	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歯科・特掲診療料		
	実績報告	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歯科・実績報告 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歯科・実績報告 2

※ 様式番号は連続した番号となっております。

医療機関コード:

医療機関名称: