

該当するものに をしてください



医科（無床診療所）・ 歯科

### 施設基準の届出の確認について(報告)

7月1日現在、貴院が届け出ている施設基準について、次の「ア」または「イ」のいずれに該当するかご確認ください。

**ア** 届け出ている施設基準のすべてについて、要件を満たしている場合



**本様式は  
提出不要**

**イ** 届け出ている施設基準のうち、要件を満たしていないものがある場合



下の報告欄の 枠内 に要件を満たしていない施設基準名を記入のうえ、提出(郵送)してください。



届け出ている施設基準のうち、次のものについては、施設基準の要件を満たしていません。(なお、それ以外の施設基準は、要件を満たしています。)

<要件を満たしていない施設基準名>

(記入例) 地域包括診療加算

記入した施設基準については、併せて「辞退届」を提出してください。

令和 年 月 日

東北厚生局長 殿

保険医療機関： 医療機関コード  
所在地  
名称  
開設者  
電話番号

--	--	--	--	--	--	--	--

(担当： )