

- ※ この用紙を「施設基準等の届出状況の報告書」に表紙として添付してください。
- ※ 全ての届出様式が提出不要に該当する場合、表紙を含め全て提出不要です。

整理番号

※整理番号の記入は不要です。

施設基準の届出状況等の報告について

別添のとおり報告します。

令和 年 月 日

保険医療機関等の所在地及び名称

所在地	〒	—

名称	_____	

開設者名	_____	

医療機関等コード	_____	

報告担当者所属課所名

報告担当者名 [_____]

電話番号 () —

ファクシミリ番号 () —

東北厚生局長 様

(別紙様式3)

予約に基づく診察の実施(変更)報告書

上記について報告します。

令和 年 月 日

保健医療機関の
所在地及び名称

開設者名

医療機関コード

東北厚生局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

1 診療科

2 保険外療養費に係る予約診察を行う時間帯

曜日	標榜診療時間帯	予約診察を行う 診療時間帯	予約以外の診察 に従事する医師 又は歯科医師の 数	予約診察に従事 する医師又は歯 科医師の数	予約料
曜日	午前 (~) 時 午後 (~) 時	(~) 時 (~) 時			円
曜日	午前 (~) 時 午後 (~) 時	(~) 時 (~) 時			円
曜日	午前 (~) 時 午後 (~) 時	(~) 時 (~) 時			円
曜日	午前 (~) 時 午後 (~) 時	(~) 時 (~) 時			円
曜日	午前 (~) 時 午後 (~) 時	(~) 時 (~) 時			円
曜日	午前 (~) 時 午後 (~) 時	(~) 時 (~) 時			円
曜日	午前 (~) 時 午後 (~) 時	(~) 時 (~) 時			円

注1 本添付書類は、予約診療を行う標榜科ごとに記載すること。

注2 枠が足りない場合は、適宜取り繕うこと。

(別紙様式13)

医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療であって
別に厚生労働大臣が定めるものの実施(変更)報告書

上記について報告します。

令和 年 月 日

保健医療機関の
所在地及び名称

開設者名

医療機関コード

東北厚生局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

診療の名称	施設基準の届出受理年月日及び受理番号	患者からの徴収額(税込)
	年 月 日 ()第 号	円
	年 月 日 ()第 号	円
	年 月 日 ()第 号	円
	年 月 日 ()第 号	円
	年 月 日 ()第 号	円

注1 「診療の名称」欄については、「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」(平成18年厚生労働省告示第498号)第7の8に掲げる名称を記載すること。

注2 「施設基準の届出受理年月日及び受理番号」欄については、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和4年3月4日保医発0304第3号)の規定に基づく地方厚生(支)局長への施設基準の届出受理内容について記載すること。

ただし、当該医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療に施設基準が定められていない場合は、記載する必要がないこと。

白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る実施状況報告書

都道府県名

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。

保険医療機関名

多焦点眼内レンズの種類	販売名	医療機器承認番号	実施回数		患者からの徴収額 (消費税を含む。) (※記載上の注意 4. を参照)	
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円

〔記載上の注意〕

1. 本報告については、前年7月1日～当年6月30日の実施状況を記載すること。
なお、徴収した実績がない場合は報告の必要はない。
2. 「医療機器承認番号」について、医薬品医療機器等法上の医療機器承認番号を記載すること。
3. 「実施回数」について、1人の患者に対して片眼に本療養を実施した場合を1回として計数する。同じ患者に対して両眼に本療養を実施した場合は2回として計数し、同一レンズについて、複数患者に対して本療養を実施した場合には、総実施回数を記載すること。
4. 「患者からの徴収額」は、眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金(1眼当たり)として医療機関内に掲示した金額を記入すること。
5. 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給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。

(別紙様式6)

医薬品の治験に係る実施(変更)報告書

上記について報告します。

令和 年 月 日

保健医療機関の
所在地及び名称

開設者名

医療機関コード

東北厚生局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

治験依頼者名	治験薬の名称 ・効能効果	内・注・外	区分	対象患者数	治験実施期間
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日

注1. 「治験依頼者名」について、自ら治験を実施する者による治験の場合は治験責任医師名を記載すること。

注2. 「治験薬の名称」について、一般名が決定している場合は一般名を、それ以外の場合は治験薬のコード番号を記載すること。

注3. 「効能効果」については、当該治験薬の予定される効能又は効果を記載すること。

注4. 「内・注・外」については、内服薬、注射薬、外用薬のいずれかを記載すること。

注5. 「区分」については、第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相のいずれかを記載すること。

注6. 「対象患者数」および「治験実施期間」については、受託した予定患者数及び予定実施期間を記載することとして差し支えない。

注7. 本報告については、直近1年間(前年7月1日～当該年6月30日)の実施状況を記載すること。

(別紙様式8)

医療機器の治験に係る実施(変更)報告書

上記について報告します。

令和 年 月 日

保健医療機関の
所在地及び名称

開設者名

医療機関コード

東北厚生局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

治験依頼者名	治験機器の名称	治験機器の使用目的又は効果	区分	対象患者数	治験実施期間
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日

注1 「治験依頼者名」について、自ら治験を実施する者による治験の場合は治験責任医師名を記載すること。

注2 「治験機器の名称」については、治験機器の識別記号を記載すること。また、一般的名称が決まっている場合は当該名称を、それ以外の場合は「その他の〇〇」等として適切と判断される名称を付記すること。

注3 「使用目的又は効果」については、当該治験機器の予定される使用目的又は効果を記載すること。

注4 「区分」については、第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相のいずれかを記載すること。

注5 「対象患者数」及び「治験実施期間」については、受託した予定患者数及び予定実施期間を記載することとして差し支えない。

注6 本報告については、直近1年間(前年7月1日～当該年6月30日)の実施状況を記載すること。

(別紙様式15)

再生医療等製品の治験に係る実施(変更)報告書

上記について報告します。

令和 年 月 日

保健医療機関の
所在地及び名称

開設者名

医療機関コード

東北厚生局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

治験依頼者名	治験製品の名称	治験製品の効能、効果又は性能	区分	対象患者数	治験実施期間
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日

注1 「治験依頼者名」について、自ら治験を実施する者による治験の場合は治験責任医師名を記載すること。

注2 「治験製品の名称」については、治験製品の識別記号を記載すること。また、一般的名称が決まっている場合は当該名称を、それ以外の場合は「その他の〇〇」等として適切と判断される名称を付記すること。

注3 「効能、効果又は性能」については、当該治験製品の予定される効能、効果又は性能を記載すること。

注4 「区分」については、第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相のいずれかを記載すること。

注5 「対象患者数」及び「治験実施期間」については、受託した予定患者数及び予定実施期間を記載することとして差し支えない。

注6 本報告については、直近1年間(前年7月1日～当該年6月30日)の実施状況を記載すること。

(別紙様式12)

費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行に関する報告書

(令和5年7月1日現在)

都道府県名

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
明細書を無料で 交付していない患者 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 全ての患者 <input type="checkbox"/> 2. 公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者
正当な理由 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している <input type="checkbox"/> 2. 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要
レセプトコンピュータ 又は 自動入金機の改修時期	改修予定年月を1に記載し、()内のいずれかに☑をすること。未定の場合は2に記載すること。 1. 令和 年 月 (<input type="checkbox"/> レセプトコンピュータ <input type="checkbox"/> 自動入金機) 2. 令和 年第 四半期 目途
明細書の交付の際に 徴収している金額	円

※ 本報告は、令和5年7月1日時点で保険医療機関及び保険医療養担当規則(昭和32年厚生省令第15号)に基づく明細書の発行に係り「正当な理由」に該当する旨を届け出ている保険医療機関が提出すること。

なお、上記の「正当な理由」について届出をしていない(明細書を無料で交付している)保険医療機関については、本報告の必要はない。