

(別紙様式10)

180日を超える入院の実施(変更)報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関コード

〒 -

保険医療機関の
所在地・連絡先

TEL () -

保険医療機関名称

開設者名

印

東北厚生局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

入院料の区分	対象者数 (実数)	特別の料金を徴 収した延べ日数	患者から徴収 した料金
	人	日	円
	人	日	円
	人	日	円
	人	日	円
	人	日	円
	人	日	円
	人	日	円
	人	日	円

注1 「入院料の区分」の欄には、一般病棟入院基本料地域一般入院料3のように、算定すべき入院料を記載すること。

注2 「対象者数(実数)」の欄には、対象者の延べ人数ではなく、実数を記載すること。

注3 実施又は変更の届出の際は、「対象者数(実数)」欄及び「特別の料金を徴収した延べ日数」欄の記載は不要であること。

また、「患者から徴収した料金」欄については、患者から徴収することを予定している金額(1人1日当たり)を記載すること。

注4 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。