

(別紙様式 1-2)

## 特別の療養環境の提供の実施（変更）報告書 (外来医療に係るもの)

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)

費用徴収を行うこととしている診察室		
計	内 訳	金 額
室	室	円
	室	円
	室	円
	室	円
	室	円

注 「費用徴収を行うこととしている診察室」欄については、徴収金額ランクごとに記載することとし、枠が足りない場合は、適宜取り繕うこと。