

(別紙8)

D P C 制度からの退出に係る届出書

1. 退出年月日 (※1)

平成 年 月 日

2. 退出理由

--

当院は、上記理由により、D P C 制度から退出します。

平成 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名 印

(連絡先) 担当者名 :
所属部署 :
電話番号 :
E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿

(記載上の注意)

※1 退出年月日欄は、退出事由に応じて以下の日付を記載すること。

- ・ 本文第1の3(6)に該当する場合：合併、分割又は対象病床数の変更年月日
- ・ 本文第1の3(8)に該当する場合：基準を満たしていないことを厚生労働省が確認した月の4か月後の初日
- ・ 本文第1の4(2)①に該当する場合：直近に予定されている診療報酬改定の日
- ・ 本文第1の4(2)②アに該当する場合：別紙7の「3. DPC対象病院の基準を満たす期限」から3か月を経過した日の属する月の翌月の初日
- ・ 本文第1の4(2)②イに該当する場合：基準を満たしていないと中央社会保険医療協議会が決定した月の4か月後の初日
- ・ 本文第1の4(2)②ウに該当する場合：厚生労働省の判定後直近の4月1日