（別紙８）

**ＤＰＣ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、ＤＰＣ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