

(別紙様式)

入院時食事療養・入院時生活療養等届出書

保険医療機関コード		受 理 番 号※	(食) 第 号
-----------	--	----------	------------

連絡先

担当者氏名:
電 話 番 号:
F A X 番 号:

届出事項	入院時食事療養 (I) ・ 入院時生活療養 (I)
	(入院時食事療養 (I) の受理番号 :) (入院時生活療養 (I) の受理番号 :) (10001)
☐ 当該届出を行う前 6 月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出 (法令の規定に基づくものに限る。) を行ったことがないこと。	
☐ 当該届出を行う前 6 月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ、現に違反していないこと。	
☐ 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。	
☐ 当該届出を行う前 6 月間において、健康保険法第78条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。	
標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別紙書類を添えて届け出ます。	
令和 年 月 日	
保険医療機関の 所在地及び名称	
開設者氏名	
中国四国厚生局長 殿	

[記載上の注意]

- 届出事項について該当する番号を○で囲むこと。
- には、適合する場合「□」を記入すること。
- 届出書 (添付書類を含む) は 1 通提出すること。
- ※の項目には、何も記載しないで下さい。

(届出書添付書類)

1 保険医療機関の概要

(1) 病院／診療所 病院 ・ 診療所 (いずれかに○)

(2) 許可病床数 _____ 床

(3) 1日平均入院患者数 _____ 人 (届出前1年間)

2 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養部門の概要

(1) 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養部門の名称 _____

(2) 責任者氏名 _____ (職種) _____

(3) 特別食加算(嚥下調整食)を算定する場合は、嚥下調整食に係る責任者氏名(職種)
責任者氏名 _____ (職種) _____

3 業務委託(業務委託を行っている場合に記載する。)

(1) 業務委託の有無 有 ・ 無 (いずれかに○)

(2) 委託先 _____

(3) 病院内受託責任者氏名 _____

(4) 委託契約書(添付すること。)

(5) 院外調理の有無 有 ・ 無 (いずれかに○)

4 管理栄養士等の数

(1) 管理栄養士 _____ 名 (常勤 _____ 名、非常勤 _____ 名)

(2) 栄養士 _____ 名

(3) 調理師 _____ 名

(4) 給食業務従事者 _____ 名

5 適時適温の食事の状況

(1) 適時の食事の提供に関する事項

夕食時刻 午後 _____ 時 _____ 分 (平均時刻)

(2) 適温の食事の提供に関する事項

ア 使用器具(□には、使用している場合「レ」を記入すること。)

□保温・保冷配膳車台

□保温配膳車

□保温トレイ

□保温食器

イ 食堂(食堂を使用して適温の食事療養を行っている場合はその方法)
方法

(_____)

(_____)

)

6 その他

(1) 特別食の食数 _____ 食

(2) 献立表(添付すること。)

(3) 職員食の提供状況: 患者食と同一の給食組織、その他

[記載上の注意]

1 1日平均入院患者数については届出前1年間の数値を記載する。

2 管理栄養士又は栄養士については氏名及び勤務時間を記載した名簿を提出する。

3 夕食時刻は各病棟で配膳を開始する平均的な時刻を記入する。

4 食堂を使用して適温の食事療養を行っている場合はその方法を記入する。