

該当するものに○をしてください⇒

病院・医科(有床診療所)

## 施設基準の届出の確認について(報告)

令和 年 月 日

中国四国厚生局長 殿

保険医療機関： 保険医療機関コード

所在地

名 称

開設者

電話番号

(押印不要)

(担当者： )

7月1日現在、貴院が届け出ている施設基準について要件を満たしているか確認し、次の「ア」または「イ」に○をして、郵送にて提出してください。

「イ」に○をした場合は、「要件を満たしていない施設基準名」の欄に、当該施設基準名を記入してください。

いずれかに ○	<input type="radio"/> ア 届け出ている施設基準のすべてについて、要件を満たしています。				
	<input type="radio"/> イ 届け出ている施設基準のうち、次のものについては、要件を満たしていません。(なお、それ以外の施設基準は、要件を満たしています。)				
イに○をした 場合にのみ 記入	<table border="1"><thead><tr><th data-bbox="335 1265 893 1344">〈要件を満たしていない施設基準名〉</th><th data-bbox="893 1265 1404 1344">(記入例) 地域包括診療加算</th></tr></thead><tbody><tr><td colspan="2" data-bbox="335 1344 1404 1832"> </td></tr></tbody></table> <p data-bbox="335 1792 1404 1832">※記入した施設基準については、併せて「辞退届」を提出してください。</p>	〈要件を満たしていない施設基準名〉	(記入例) 地域包括診療加算		
〈要件を満たしていない施設基準名〉	(記入例) 地域包括診療加算				