**施設基準の届出の確認について（報告）**

該当するものに○をしてください

病院 ・医科（有床診療所）

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

（押印不要）

電話番号　　　　　―　　　　 ―　 　　　（担当：　　　　　　）

８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○

|  |  |
| --- | --- |
| **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。** |
|  |  |
| **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。）** |

|  |
| --- |
| **＜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 |
| イに○をした場合にのみ記入  **※　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。** |