

180 日を超える入院の実施（変更） 報告書

上記について報告します。

平成      年      月      日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の  
所在地及び名称

開 設 者 名 ㊟

(法人の場合は、法人印)

(連絡先)      TEL (      )      -     

中国 四国 厚生局長      殿

(実施日・変更日      年      月      日)

入院料の区分	対象者数 (実数)	特 別 の 料 金 を 徴収した延べ日数	患者から徴収した料金
	人	日	円
	人	日	円
	人	日	円
	人	日	円
	人	日	円
	人	日	円
	人	日	円
	人	日	円

注 1 「入院料の区分」の欄には、一般病棟入院基本料地域一般入院料 3 のように、算定すべき入院料を記載すること。

注 2 「対象者数（実数）」の欄には、対象者の延べ人数ではなく、実数を記載すること。

注 3 実施又は変更の届出の際は、「対象者数（実数）」欄及び「特別の料金を徴収した延べ日数」欄の記載は不要であること。また、「患者から徴収した料金」欄については、患者から徴収することを予定している金額（1 人 1 日当たり）を記載すること。

注 4 本報告については、直近 1 年間（前年 7 月 1 日～当該年 6 月 30 日）の実施状況を記載すること。