

総 括 表 （歯科）

（令和 8 年 8 月 1 日現在）

医療機関コード（歯科）						
併設医療機関コード						
医療機関名						

電 話 番 号

F A X 番 号

メー ル ア ド レ ス

ふ り が な

担 当 者 氏 名

職 名

当院は、以下のとおり報告します。

（該当する□にレ印を付けてください。）

		(頁)
☐	総括表（歯科）	(1)
	※（3）～（5）頁に該当する場合に提出が必要	
☐	施設基準の届出の確認について（報告）	(2)
	※届け出ている施設基準のうち、要件を満たしていないものがある場合に限る	
☐	辞退届	(辞退届)
	※届け出ている施設基準のうち、要件を満たしていないものがある場合に限る	
☐	費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行に関する報告書	(3)
	※「正当な理由」について、北海道厚生局に報告を行っている場合に限る	
☐	在宅療養支援歯科診療所 1 若しくは 2 又は在宅療養支援歯科病院の施設基準に係る報告書	(4)
	※当該届出を届け出ている場合に限る	
☐	予約に基づく診察等の保険外併用療養費届出状況報告書	(5)
	※当該事項について、北海道厚生局に報告を行っている場合に限る	

保険外併用療養費等について、この総括表に項目のない「特別の療養環境の提供（外来医療に係るもの）に係る届出状況報告書」や「医薬品の治験に係る診療」等について実施がある場合は、北海道厚生局ホームページに掲載している様式に実施状況を記入のうえ、本報告書と併せてご提出ください。

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/iryo_shido/teireihokoku28.html

<留意事項>

- 1 報告様式は、毎年見直しが行われているため、必ず今年度のものを使用してください（前年度以前の様式は、使用できません）。
- 2 各報告書（3～4 頁）に係る施設基準を届け出していない場合は提出不要です。その場合は総括表（1 頁）の提出も不要です。

施設基準の届出の確認について(報告)

8月1日現在、貴院が届け出ている施設基準について、次の「ア」または「イ」のいずれに該当するかご確認ください。

※該当するものに○をしてください。

ア 届け出ている施設基準のすべてについて、要件を
満たしている場合



提出不要

イ 届け出ている施設基準のうち、要件を満たしていないものがある場合



下の報告欄の 枠内 に要件を満たしていない施設基準名を記入のうえ、提出してください。



届け出ている施設基準のうち、次のものについては、施設基準の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

※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。

令和 年 月 日

北海道厚生局長 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

(担当：)

施設基準等届出辞退申出書

下記の施設基準に係る届出について、次のとおり辞退します。

記

※ 施設基準等の名称

受 理 番 号 () 第 号
辞 退 年 月 日 令和 年 月 日
辞 退 の 理 由

※ 施設基準等の名称

受 理 番 号 () 第 号
辞 退 年 月 日 令和 年 月 日
辞 退 の 理 由

※ 施設基準等の名称

受 理 番 号 () 第 号
辞 退 年 月 日 令和 年 月 日
辞 退 の 理 由

保険医療機関 コード
所在地
名称

開設者名

北海道厚生局長 様

令和 年 月 提出 (担 当 者 名)

(連絡先電話番号)

【辞退届の記載にあたっての注意事項】

○辞退年月日は1日付けとしてください。

- (1) 月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準を満たさなくなった場合
→事実発生日の属する月の翌月1日
- (2) 月単位で算出する数値を用いた要件である施設基準を満たさなくなった場合

費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行に関する報告書

※ 明細書を有料で交付している保険医療機関のみ届出が必要。

(令和 8 年 8 月 1 日現在)

都道府県名 北海道

医療機関コード ※レセプトに記載する7桁の数字 を記載すること。		
保険医療機関の名称		
医科・歯科の別 (該当するものに☑)	☐ 1. 医科 ☐ 2. 歯科	
明細書を無料で 交付していない患者 (該当するものに☑)	☐ 1. 全ての患者	☐ 2. 公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者
正当な理由 (該当するものに☑)	☐ 1. 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している ☐ 2. 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要	
レセプトコンピュータ 又は 自動入金機の改修時期	改修予定年月を1に記載し、()内のいずれかに☑をすること。未定の場合は2に記載すること。 1. 令和 年 月 (☐ レセプトコンピュータ ☐ 自動入金機) 2. 令和 年 第 四半期 目 途	
明細書の交付の際に 徴収している金額	円	

※ 本報告は、令和 8 年 8 月 1 日時点で保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）に基づく明細書の発行に係り「正当な理由」に該当する旨を届け出ている保険医療機関が提出すること。

なお、上記の「正当な理由」について届出をしていない（明細書を無料で交付している）保険医療機関については、本報告の必要はない。

(別紙様式 19)

在宅療養支援歯科診療所 1
在宅療養支援歯科診療所 2
在宅療養支援歯科病院

の施設基準に係る報告書（8月報告）

(令和8年8月1日)

所在地	
保険医療機関コード (レセプトに記載する7桁の 数字を記載)	
保険医療機関名	

1 歯科訪問診療の割合(直近1月間の実績)

歯科訪問診療料を算定した人数	① 人
外来で歯科診療を提供した人数	② 人

※①については、歯科訪問診療料（歯科訪問診療1、2、3、4若しくは5又は歯科訪問診療料の注16「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」若しくは注20「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」）を算定した患者の合計延べ人数を記載すること。
※②については、診療所で歯科初診料、歯科再診料を算定した患者の合計延べ人数を記載すること。

歯科訪問診療を提供した患者数の割合 (① / (①+②))	%
------------------------------------	---

2 歯科訪問診療の実績(直近3月間)

歯科訪問診療 1	① 人
歯科訪問診療 2	② 人
歯科訪問診療 3	③ 人
歯科訪問診療 4	④ 人
歯科訪問診療 5	⑤ 人

※①～⑤の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

歯科訪問診療のうち歯科訪問診療1を算定する患者の割合 (① / (①+②+③+④+⑤))	%
---	---

※歯科訪問診療1には歯科訪問診療料の注16「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」又は注20「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者数を含む。
※歯科訪問診療2には歯科訪問診療料の注16「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」又は注20「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者を除いた患者数を含む。

3 歯科疾患在宅療養管理料の直近3月間の実績

歯科疾患在宅療養管理料を算定した人数	人
--------------------	---

※歯科疾患在宅療養管理料の算定人数について、延べ人数を記載すること。

予約に基づく診察等の保険外併用療養費届出状況報告書

(令和8年8月1日現在)

都 道 府 県 名	北 海 道
医療機関コード	
医 療 機 関 名	

1 予約に基づく診察

予約に基づく診察に係る特別の料金 _____ 円
(消費税を含む)

2 時間外診察

時間外診察に係る特別の料金 _____ 円
(消費税を含む)

※注 下記北海道厚生局ホームページにより報告済みの金額と院内掲示している金額を確認し、相違している場合は本報告書の他、「予約に基づく診察の実施（変更）報告書」、「保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察の実施（変更）報告書」により報告してください。

◎保険外併用療養費
医療機関名簿 <https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/gyomu/gyomu/hoken kikan/heiyo.html>

ホーム > 管轄法人等 > 医療課 > 保険医療機関・保険薬局等の管内指定状況等
> 4. 保険外併用療養費の報告の状況 > 保険外併用療養費医療機関名簿

◎報告書様式 https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/shinsei/shido_kansa/hoken_heiyo/index.html

ホ一ム > 申請等手続 > 医療課 > 保険外併用療養費の報告