歯科

事　務　連　絡
令和５年７月７日

保険医療機関　開設者　様

北海道厚生局医療課長

施設基準等の届出状況報告について

社会保険医療行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、基本診療料及び特掲診療料の施設基準等を届け出ている保険医療機関は、毎年７月１日現在における届出書の記載事項について報告することとされています。

つきましては、本年７月１日現在の届出状況について下記１のとおり報告願います。

併せて、届け出ている施設基準が要件を満たしているかについて、下記２のとおり貴院で確認（自主点検）のうえ、報告願います。

なお、今般の新型コロナウイルス感染症拡大により業務に影響が生じ、やむを得ず報告が遅れる場合は、当局あてご相談いただきますようお願いいたします。

記

１　毎年７月１日現在における届出状況報告

（１）報告部数　各１部

（２）報告様式（すべての保険医療機関が提出する必要があります。）

同封の各様式（「総括表（歯科）」等）又は北海道厚生局ホームページに掲載している様式を使用してください。

（前年度以前の様式は使用しないでください。）

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

（ホーム ＞ 申請等手続＞　医療課 ＞ 施設基準等の届出状況報告（7月定例報告）について）

２　施設基準の届出の確認について

別添２－１の確認手順により、自主点検のうえ、施設基準の要件を満たしていないものがある場合に限り、別添２－２により報告願います。

３　報告期限　　**令和５年７月31日（月）必着**

※　封筒に「定例報告」と朱書きのうえ、郵送等により報告いただきますようご協力願います（当該報告と関係のない書類の同封はお控えください）。

４　お問い合わせ・報告先

北海道厚生局指導部門（医療課・管理課・調査課）

〒060－0807　札幌市北区北７条西２丁目15－１野村不動産札幌ビル２階

電話番号　①011－796－5105、②011－796－5155、③011－796－5159

総　　括　　表　（歯科）

（令和５年７月１日現在）

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） **※すべての保険医療機関が提出**	（１）
□	歯科点数表の初診料の注１の施設基準に係る報告書 **※当該届出を届け出ている場合に限る**	（２）
□	地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出書添付書類 **※当該届出を届け出ている場合に限る**	（３）
□	在宅療養支援歯科診療所１又は２の施設基準に係る報告書 **※当該届出を届け出ている場合に限る**	（４）
□	選定療養及び歯科衛生実地指導等の実施状況報告書（歯科） **※当該指導料等の診療実績がある場合に限る**	（５）
□	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 **※「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**	（６）

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　この「総括表（歯科）」（１頁）は、必ずご提出ください。
各報告書（２～６頁）のうち、届け出ていない施設基準等については、提出不要です。

３　作成にあたっては、各様式の「記入上（記載上）の注意」を必ずお読みください。

歯科点数表の初診料の注1の施設基準に係る報告書

（令和5年7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	
開設者名	

1　当該保険医療機関の平均患者数及び滅菌体制の実績（該当する番号に〇）

	概　　要
1日平均患者数 （届出前3ヶ月間） ※令和5年4月～5年6月	1．10人未満　2．10人以上20人未満 3．20人以上30人未満　4．30人以上40人未満 5．40人以上50人未満　6．50人以上
滅菌体制	1．診療室内に設置した滅菌器を使用 2．複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌 3．外部の業者において滅菌（業者名：　　）
「1．診療室内に設置した滅菌器を使用」に該当する場合は以下について記載	
滅菌の体制について （1日あたりの滅菌器の使用回数）	1．1日1回　2．1日2回 3．1日3回以上5回未満　4．1日5回以上

2　当該保険医療機関に設置されている歯科用ハンドピース・ユニットの保有状況

機器名	概　　要	
歯科用ハンドピース （歯科診療室用機器に限る）	保有数	
歯科用ユニット数	保有数	

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称の機器の保有数の合計を記載すること。歯科用ガス圧式ハンドピース、歯科用電動式ハンドピース、ストレート・ギアードアングルハンドピース、歯科用空気駆動式ハンドピース

3　常勤歯科医師の院内感染防止対策（標準予防策及び新興感染症に対する対策）に関する研修の受講歴等（4年以内の受講について記入すること）

受講者名 （常勤歯科医師名）	研修名 （テーマ）	受講年月日	当該研修会の主催者

※4年以内の受講を確認できるものを保管すること。

4　当該保険医療機関における院内研修の実施状況（該当する□に「✓」を記入）

□ 受講すべき職員がいない（雇用している職員がいない場合を含む）

□ 職員に対する院内研修を実施した（実施内容等を下表に記入。複数選択可。）

方法	□ 院内研修を実施　□ 院外研修を受講
内容	□ 標準予防策　□ 新興感染症に対する対策　□ 環境整備 □ 医療機器の洗浄・消毒・滅菌　□ 手指衛生 □ 職業感染防止　□ 感染性廃棄物の処理 □ その他　（　　）

（様式２の７参考）

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和４年３月４日保医発0304第２号）（抜粋）

第２　届出に関する手続き

第２の７ 歯科点数表の初診料の注１に規定する施設基準

１　歯科点数表の初診料の注１に規定する施設基準

（1）口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染防止対策を講じていること。

（2）感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること。

（3）歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を４年に１回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。

（4）職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。

（5）当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

（6）年に１回、院内感染対策の実施状況等について、様式２の７により地方厚生（支）局長に報告していること。

（7）令和４年３月31日において、現に歯科点数表の初診料の注１の届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、１の(3)及び（4）の基準を満たしているものとみなす。ただし、令和３年４月１日から令和４年３月31日の間に令和４年度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和２年３月５日保医発0305第２号）の第２の７（３）の院内感染防止対策に係る研修を受講した者については、当該研修を受けた日から２年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。

２　届出に関する事項

（1）歯科点数表の初診料の注１に規定する施設基準に係る届出は、別添７の様式２の６を用いること。

（2）当該届出については、届出にあたり実績を要しない。ただし、様式２の７により報告を行うこと。

令和２年３月31日事務連絡　疑義解釈資料の送付について（その１）（抜粋）

「初診料の注１」

問１　初診料の注１に規定する施設基準で追加された院内研修について、どのような内容の研修を実施すべきか。

（答）　院内感染防止対策については、標準予防策、医療機器の洗浄・消毒・滅菌、感染性廃棄物の処理等が考えられるが、各保険医療機関の実情に応じて、実施されたい。

問２　初診料の注１に規定する施設基準で追加された院内研修について、様式２の７「４当該保険医療機関における院内研修の実施状況」の内容について、毎回の研修においてすべて網羅していなければならないのか。

（答）　様式２の７「４当該保険医療機関における院内研修の実施状況」の内容は例示であり、各保険医療機関の実情に応じて、研修内容を決定していただきたい。

問３　初診料の注１に規定する施設基準で追加された院内研修の講師は管理者等が実施するものでよいか。

（答）　そのとおり。

問４　初診料の注１に規定する施設基準で追加された院内研修について、医療関係団体等が主催する研修（通信によるものを含む）に代えても差し支えないか。

（答）　差し支えない。

令和２年４月27日事務連絡　新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その15）（抜粋）

問７　A000 初診料 1 歯科初診料の注１の施設基準に規定する研修について、新型コロナウイルスの感染拡大防止のため実施出来ない場合に、当該施設基準の届出を辞退する必要があるか。

（答）　届出を辞退する必要はない。ただし、可能な範囲で実施し、実施できるようになった場合は、速やかに本来予定していた研修を受講する。

地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出書添付書類

（令和５年７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　常勤歯科医師・看護職員・歯科衛生士の数

	常勤歯科医師数	看護職員数	歯科衛生士数
令和５　年　７　月	名	名	名

２　次の（１）～（５）のうち、該当するものに記入すること。

（１）　紹介率

年・月	初診の患者の数①	文書により紹介された患者の数②	紹介率　（＝②／①×100）％
令和５　年　６　月	名	名	％

（２）地域歯科診療支援病院歯科初診料の算定に係る手術件数　：計　　件

歯科点数表区分	件数	歯科点数表区分	件数	歯科点数表区分	件数
Ｊ０１３の４	件	Ｊ０３９	件	Ｊ０７２	件
Ｊ０１６	件	Ｊ０４２	件	Ｊ０７２－２	件
Ｊ０１８	件	Ｊ０４３	件	Ｊ０７５	件
Ｊ０３１	件	Ｊ０６６	件	Ｊ０７６	件
Ｊ０３２	件	Ｊ０６８	件	Ｊ０８７	件
Ｊ０３５	件	Ｊ０６９	件		
Ｊ０３６	件	Ｊ０７０	件		

（３）別の保険医療機関において基本診療料に係る歯科診療特別対応加算及び歯科訪問診療料を算定している患者について、文書により情報提供を受け、外来診療を行った患者の数

令和５年４月　～　５年６月	歯科診療特別対応加算　名 歯科訪問診療料　名	
		月平均　名

（４）基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定している患者の数

令和５年４月　～　５年６月	名	月平均　名

（５）周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）のいずれかを算定した患者の数

令和５年４月　～　５年６月	名	月平均　名

３　院内感染防止対策の状況

（１）当該保険医療機関の滅菌の体制について

	概　　要
滅菌体制 （該当する番号に○）	1.　診療室内に設置した滅菌器を使用
	2.　複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌
	3.　外部の業者において滅菌（業者名：　　）

１．に該当する場合は以下の事項について記載

滅菌器	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
滅菌の実施回数	1.　１日１回 3.　１日３回以上５回未満	2.　１日２回 4.　１日５回以上

（２）当該保険医療機関の平均患者数の実績（該当する番号に○）

機器名	概　　要	
１日平均患者数 （令和５年４月～５年６月）	1. 10人未満 3. 20人以上30人未満 5. 40人以上50人未満	2. 10人以上20人未満 4. 30人以上40人未満 6. 50人以上

（３）当該保険医療機関の保有する機器について

機器名	概　　要	
歯科用ハンドピース （歯科診療室用機器に限る）	保有数	
歯科用ユニット数	保有数	

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称の医療機器の保有数の合計を記載すること。
（歯科用ガス圧式ハンドピース、歯科用電動式ハンドピース、ストレート・ギアードアングルハンドピース、歯科用空気駆動式ハンドピース）

４　常勤歯科医師の院内感染防止対策（標準予防策及び新興感染症に対する対策）に関する研修の受講歴等

受講者名 （常勤歯科医師名）	研修名 （テーマ）	受講年月日	当該研修会の主催者

※４年以内の受講を確認できるものを保管すること。

［記入上の注意］

１．「２の（１）」については、届出（報告）前１か月間の数値を用いること。

２．「２の（２）」については、届出（報告）前１年間の数値を用いること。

３．「２の（３）、（４）及び（５）並びに３の（２）」については、届出（報告）前３か月間の数値を用いること。

４．「２の（１）、（２）、（３）又は（４）」に該当する場合は常勤歯科医師数２名以上、「２の（５）」に該当する場合は、常勤歯科医師数１名以上であること。

在宅療養支援歯科診療所１又は２の施設基準に係る報告書

（令和５年７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							
開設者名							

※　在宅療養支援歯科診療所１又は２の届出を行っている保険医療機関について、報告してください。

届出を行っている施設基準について（該当するものに○をつけること）

	在宅療養支援歯科診療所１
	在宅療養支援歯科診療所２

歯科訪問診療の実施状況について

１）歯科訪問診療の割合　（直近１月間（令和５年６月）の実績）

	延べ人数
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若しくは３又は歯科訪問診療料の注13「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ヶ月（令和５年４月から令和５年６月））

	延べ人数
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

※①～③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）＝	

※ 歯科訪問診療１には歯科訪問診療料の注13「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13「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（令和５年４月から令和５年６月）の実績

	延べ人数
歯科疾患在宅療養管理料	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。

（別紙様式５）　　（令和５年７月１日現在）

選定療養及び歯科衛生実地指導等の実施状況報告書（歯科）

都道府県名　　北海道

※ 休止の届出がされている場合は、当該報告書の提出は不要です。

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	

〔記載上の注意事項〕
1　新型コロナウイルス感染症の影響にかかわらず、前年７月１日から当年６月３０日までの間の診療実績に基づき、記載すること。
2　期間内に**①及び②の全項目について診療実績がない場合は、本報告書の提出は必要ないこと。**
3　期間内にいずれかの項目の診療実績がある場合は、診療実績欄の「有」を〇で囲み、当該保険医療機関において実施した項目の金額又は人数のみ記載すること。①について各項目の価格を事前に報告している場合においても、**診療実績がない項目には診療実績欄の「無」を〇で囲み、金額は記載しないこと**。
4　各項目の価格に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告をすること。

【 ① 選定療養の実施状況 】

１．金属床総義歯の実施状況			診療実績(いずれか1つに〇)		金額（消費税を含む）
金属の種類毎の１床当たりの価格	白金加金	上顎	有・無	※診療実績が「有」の場合は、右の欄にそれぞれの金額を記載すること。 ※診療実績が「無」の場合は、右の欄に金額を記載しないこと。	円
		下顎	有・無		円
	金合金	上顎	有・無		円
		下顎	有・無		円
	コバルトクロム合金	上顎	有・無		円
		下顎	有・無		円
	チタン合金	上顎	有・無		円
		下顎	有・無		円
	その他の金属 （　　）	上顎	有・無		円
		下顎	有・無		円

※　その他の金属欄は商品名ではなく、一般名を記載すること。

２．う蝕に罹患している患者の指導管理の実施状況		診療実績(いずれか1つに〇)		金額（消費税を含む）
継続管理の種類	フッ化物局所応用（１口腔１回につき）	有・無	※診療実績が「有」の場合は、右の欄にそれぞれの金額を記載すること。 ※診療実績が「無」の場合は、右の欄に金額を記載しないこと。	円
	小窩裂溝填塞（１歯につき）	有・無		円

※　選定療養として地方厚生局（支）局長に報告し実施したものであること。

３．前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給の実施状況	診療実績(いずれか1つに〇)		金額（消費税を含む）
金合金（１歯につき）	有・無	※診療実績が「有」の場合は、右の欄にそれぞれの金額を記載すること。 ※診療実績が「無」の場合は、右の欄に金額を記載しないこと。	円
白金加金（１歯につき）	有・無		円

※　前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金とは、金属歯冠修復であって、その金属としては金合金又は白金加金を用いたものであること。なお、**硬質レジン前装冠に用いる金合金又は白金加金は対象としないこと**。

【 ② 歯科衛生実地指導料又は訪問歯科衛生指導料の算定状況 】

歯科衛生実地指導料又は訪問歯科衛生指導料	算定実績	歯科衛生士数（実数）	
		常勤	非常勤
	有・無	※算定実績が「有」の場合のみ人数を記載すること。 人	人

※　歯科衛生実地指導料又は訪問歯科衛生指導料のいずれかを算定した実績がある場合は、令和５年７月１日時点の常勤・非常勤それぞれの歯科衛生士数を記載すること。
※　実績がない場合は算定実績欄の「無」を〇で囲み、歯科衛生士数は記載しないこと。
※　令和５年７月１日時点で歯科衛生士数が０人であっても、前年７月１日から当年６月３０日までの間に診療実績がある場合は、診療実績欄の「有」を〇で囲み、歯科衛生士数を０人と記載すること。

（別紙様式１２）

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

（令和５年７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５年７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。

別添２－１

医科（無床診療所）・歯科

施設基準の届出の確認について

令和５年７月１日現在で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、下記の手順により貴院で確認して、施設基準の要件を満たしていないものがある場合に限り、別添２－２「施設基準の届出の確認について（報告)」により、提出してください。

１．施設基準の確認手順について

（１）施設基準の要件の確認

① ７月１日現在で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貴院で確認してください。

② 届け出ている施設基準が不明の場合は、北海道厚生局のホームページ（※１）をご参照ください。

（２）施設基準の要件を確認した結果

① すべて要件を満たしている場合は、別添２－２（報告用紙）の作成は不要です。

② 要件を満たしていないものがある場合は、別添２－２(報告用紙)の「イ」に〇を付し、「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のうえ、提出してください。

併せて、施設基準の「辞退届」（※２）を提出してください。

※ なお、要件の確認を行うに当たり、新型コロナウィルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いが認められている施設基準があることに留意してください。

併せて、これまで発出されている事務連絡のうち、施設基準関係を抜粋したものをホームページに掲載しているので参考としてください。

北海道厚生局のホームページについて

※１ 届け出ている施設基準の確認

(https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/gyomu/gyomu/hoken_kikan/todokede_juri_ichiran.html)

ホーム ＞ 知りたい分野から探す ＞ 保険医療機関、保険医等 ＞ 保険医療機関・保険薬局等の管内指定状況等 ＞ ３．施設基準等の届出等の状況 ＞ 施設基準等 届出受理医療機関名簿（医療機関別）

※２ 辞退届のダウンロード

(https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/shinsei/shido_kansa/shitei_kijun/jitai2.xls)

ホーム ＞ 申請等手続き ＞ 医療課 ＞ 施設基準の届出等 ＞ ２．施設基準・入院時食事療養（１）等の届出 ＞ ・ 施設基準に係る辞退届

２．届出が不要となっている施設基準の要件の確認について

届出が不要となっている下記の施設基準について、診療報酬を算定している場合は、要件を満たしているか、貴院で確認してください。

なお、要件を満たしていない場合は、診療報酬を算定できないので、ご留意ください。

（届出が不要となっている施設基準）

※　この施設基準のみ要件を満たさない場合は、上記１（２）の報告は不要です。

・夜間・早朝等加算
・電子的保健医療情報活用加算
・明細書発行体制等加算
・臨床研修病院入院診療加算
・妊産婦緊急搬送入院加算
・重症皮膚潰瘍管理加算
・強度行動障害入院医療管理加算
・がん拠点病院加算
　又はがんゲノム拠点病院加算
・高度難聴指導管理料
・アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料
・小児抗菌薬適正使用支援加算
・夜間休日救急搬送医学管理料
・がん治療連携管理料
・遠隔連携診断料
・認知症専門診断管理料
・連携強化診療情報提供料
・在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の注８
・耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算
・経皮的冠動脈形成術
・経皮的冠動脈ステント留置術
・医科点数表第２章第 10 部手術の通則の５及び６（歯科点数表第２章第９部手術の通則４を含む。）に掲げる手術

別添２－２

該当するものに〇をしてください ➡ 医科（無床診療所）・歯科

施設基準の届出の確認について（報告）

令和５年７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。

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 ➡ **別添2－2は提出不要**

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（郵送）**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５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：　　）